



N° 3790

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 octobre 2011.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2012,

(Renvoyé à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. François FILLON,

Premier ministre,

PAR Mme Valérie PÉCRESSE,

ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'État, porte-parole du Gouvernement.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, porte-parole du Gouvernement,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, délibéré en conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, porte-parole du Gouvernement, qui sera chargée d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010

Article 1^{er}

- ① Au titre de l'exercice 2010, sont approuvés :
- ② 1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③ *(En milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	165,2	176,5	-11,4
Vieillesse	183,3	194,1	-10,8
Famille	50,8	53,5	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	11,9	12,6	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	401,9	427,5	-25,5

- ④ 2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

⑤

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	141,8	153,4	-11,6
Vieillesse.....	93,4	102,3	-8,9
Famille.....	50,2	52,9	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,5	11,2	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	287,5	311,5	-23,9

⑥ 3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

⑦

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV).....	9,8	13,8	-4,1

⑧ 4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 161,8 milliards d'euros ;

⑨ 5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 2,3 milliards d'euros ;

⑩ 6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 5,1 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le déficit du régime général s'est élevé à 23,9 milliards d'euros en 2010 (soit 3,6 milliards de plus qu'en 2009) et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base à 25,5 milliards d'euros (3,8 milliards de plus qu'en 2009). Le déficit du FSV s'est quant à lui établi à 4,1 milliards d'euros (0,9 milliard de plus qu'en 2009).

Les soldes des différentes branches du régime général sont, à l'exception de la branche vieillesse, très proches voire identiques aux soldes consolidés pour l'ensemble des régimes de base. Ceci résulte de l'existence de mécanismes d'équilibrage pour la plupart des régimes autres que le régime général : intégration financière au régime général, subvention d'équilibre de l'État, affectation d'une recette fiscale dédiée, etc. La branche retraite du régime des non salariés agricoles ne bénéficie pas d'un tel mécanisme et a enregistré un déficit de 1,3 milliard. C'est également le cas de la CNRACL dont le solde s'est élevé à -0,5 milliard en 2010.

Ces déficits, qui traduisent les conséquences de la crise sur l'équilibre financier de la sécurité sociale, et en particulier sur la dynamique de ses

ressources, s'inscrivent néanmoins à un niveau très inférieur à ceux prévus dans les tableaux d'équilibre pour l'année 2010 votés en loi de financement pour 2010 ou encore en loi de financement pour 2011. Cette moindre dégradation tient principalement aux évolutions macroéconomiques plus favorables qu'initialement prévu, s'agissant en particulier de la croissance de la masse salariale du secteur privé (+2,0 % réalisés contre -0,4 % prévus au moment le plus aigu de la crise) qui constitue l'assiette principale des recettes de la sécurité sociale.

Les dépenses entrant dans le périmètre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010 se sont élevées à 161,8 milliards d'euros, soit 640 millions d'euros de moins que l'objectif initialement fixé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. L'objectif de dépense a ainsi été respecté pour la première fois depuis 1997. Les dépenses de soins de ville ont évolué sensiblement moins vite que prévu. En dépit de leur dynamisme, les dépenses hospitalières n'ont pas dépassé les sous-objectifs votés grâce à la non délégitation d'une partie des crédits mis en réserve conformément aux recommandations du groupe présidé par M. Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie dont les conclusions ont été intégralement approuvées par le Président de la République.

Les chiffres figurant dans les tableaux d'équilibre présentés dans cet article sont établis de manière agrégée à partir des comptes 2010 des régimes et organismes, audités par la Cour des comptes (régime général) ou par des commissaires aux comptes (autres régimes et FSV) et soumis à l'approbation des conseils d'administration des régimes et organismes.

Dans son rapport remis au Parlement, la Cour des comptes a certifié, comme pour l'exercice précédent, les comptes des branches recouvrement et maladie du régime général, avec des réserves portant principalement sur le contrôle interne. Pour la première fois depuis 2007, elle a également certifié les comptes de la branche retraite du régime général, relevant notamment une amélioration de la qualité de la liquidation des pensions de retraite. En revanche, elle a exprimé un refus de certifier les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), au regard principalement des problématiques de contrôle interne associées aux processus partagés entre les organismes des branches AT-MP et recouvrement.

Par ailleurs, les commissaires aux comptes du régime social des indépendants, du régime agricole et du régime des mines ont exprimé un

refus de certification des comptes du fait des progrès restant à réaliser en matière de contrôle interne. Les comptes des autres régimes ont à l'inverse fait l'objet d'une certification, dans la majorité des cas sans réserve.

Si le total des recettes et le total des dépenses présentés ici s'écartent, pour les raisons méthodologiques décrites dans l'annexe 4 au présent projet de loi, du montant cumulé des données comptables des régimes, les soldes sont en revanche identiques aux résultats de l'exercice arrêtés par chacune des branches.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er} de la présente loi, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010 ; ainsi que présentant un tableau établi au 31 décembre 2010 retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit.

DEUXIEME PARTIE

Dispositions relatives à l'année 2011

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au deuxième alinéa de l'article L. 134-3, les mots : « La caisse de prévoyance de la Société nationale des chemins de fer français » sont remplacés par les mots suivants : « La caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français » ;
- ③ 2° L'article L. 134-5 est ainsi modifié :

- ④ a) Au deuxième alinéa, les mots : « la caisse de prévoyance » sont remplacés par les mots suivants : « la caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français » ;
- ⑤ b) Le troisième alinéa est complété par la phrase suivante : « Lorsque la branche maladie maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche maladie maternité du régime créancier ».
- ⑥ 3° Le quatrième alinéa de l'article L. 134-5-1 est complété par la phrase suivante : « Lorsque la branche maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche maladie maternité du régime créancier. »

Exposé des motifs

La rationalisation des transferts financiers entre les régimes de base de sécurité sociale compte parmi les objectifs poursuivis par le Gouvernement et le Parlement depuis plusieurs années.

Dans le prolongement des avancées récentes en la matière, il est proposé de réexaminer les conditions dans lesquelles interviennent les « compensations bilatérales maladie », c'est à dire les transferts entre le régime général et quatre régimes spéciaux – CRPCEN (régime des clercs de notaires), CANSSM (régime des mines), RATP et CPRP SNCF – pour les prestations d'assurance maladie-maternité.

Le présent article prévoit ainsi d'encadrer le mécanisme de compensation bilatérale maladie par une règle de plafonnement des transferts nets, permettant d'éviter qu'un régime, lui-même déficitaire, ne contribue plus que nécessaire à l'équilibrage d'un autre régime. Ainsi, la compensation bilatérale ne conduira pas à placer un régime en situation d'excédent comptable alors même que le régime débiteur est soumis à un impératif de redressement. Cette mesure contribuera au renforcement de l'équité entre régimes.

Article 4

① Au titre de l'année 2011, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :

② 1° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③ *(En milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	171,7	181,3	-9,6
Vieillesse	194,4	202,6	-8,1
Famille	52,9	55,5	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,0	12,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	421,8	442,1	-20,2

④ 2° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

⑤ *(En milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	147,8	157,4	-9,6
Vieillesse	100,6	106,6	-6,0
Famille	52,4	55,1	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6	11,6	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	303,1	321,3	-18,2

⑥ 3° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

⑦ *(En milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	13,8	17,6	-3,8

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel du régime général s'établit à -18,2 milliards d'euros, ce qui représente une amélioration de 1,3 milliard d'euros par rapport au solde retenu en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011, et même de 2,7 milliards d'euros si l'on considère la loi de financement initiale pour 2011. Ce résultat tient notamment à une dynamique plus soutenue qu'anticipée de la masse salariale ainsi qu'aux premiers effets des mesures de lutte contre les déficits publics annoncées le 24 août dernier et adoptées en loi de finances rectificative pour 2011.

Article 5

- ① I. – Au titre de l'année 2011, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale demeure fixé conformément au I de l'article 37 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.
- ② II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II du même article 37.
- ③ III. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à 0,39 milliard d'euros.

Exposé des motifs

En prévision, la CADES aura amorti 11,4 Md€ de dette supplémentaire sur l'année 2011, grâce notamment au bénéfice de près de 7 Md€ de ressources nouvelles en application de la loi de financement pour 2011. Ce résultat porte le total de la dette amortie depuis sa création à 59,3 Md€, soit 30 % de la dette cumulée reprise à fin 2011.

En application de la loi de financement pour 2011, le Fonds de réserve pour les retraites n'a reçu aucun abondement au titre de l'année 2011. Ses ressources courantes ont effectivement été transférées, soit à la CADES pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la CNAV et du FSV, soit directement au FSV.

Depuis la réforme des retraites adoptée en 2010, le Fonds de solidarité vieillesse est en charge du financement du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à 65 ans pour les parents de trois enfants les plus

proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés. L'équilibre financier de cette mesure est assuré par la mise en réserve par le Fonds, au sein d'une section comptable spécifique, du produit de 0,2 point du prélèvement social sur les revenus du capital ainsi que de 0,77 point de forfait social. Le rendement de ces recettes s'élèverait pour 2011 à 0,39 Md€ contre 0,35 Md€ en prévision initiale.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Au II de l'article 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, le montant : « 347,71 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 289,72 millions d'euros ».

Exposé des motifs

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 2011.

Ses crédits font l'objet d'une double procédure de déchéance : annuelle pour les crédits non délégués par les ARS aux établissements ; 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.

En application de l'article 88 de la LFSS pour 2011, la dotation au FMESPP de l'année en cours doit être diminuée en partie rectificative de la LFSS du montant des crédits déchus en application des règles de déchéance annuelles et triennales.

Les sommes prescrites au titre de l'année 2011 s'élèvent à 57,981 M€

Article 7

Au IV de l'article 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, le montant : « 151 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 161 millions d'euros ».

Exposé des motifs

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 introduit un article L. 1432-6 nouveau au code de la sécurité sociale, qui dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé (ARS) sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

Ces contributions de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, du régime social des indépendants et de la mutualité sociale agricole comprennent des dépenses de prévention (ancienne contribution de l'assurance maladie aux groupements régionaux de santé publique) et de gestion (dépenses de personnel correspondant aux effectifs de l'assurance maladie transférés aux ARS et dépenses de fonctionnement liées à ces transferts).

Faute d'une connaissance suffisamment précise, au moment des transferts de personnel de l'assurance maladie aux ARS en avril 2010, de la rémunération, agent par agent, des effectifs transférés, le montant de la contribution avait été fixé en tenant compte d'hypothèses de rémunération moyenne par types d'agents (personnel médical, personnel administratif cadre et non cadre). Le montant des rémunérations réellement constatées en ARS fait apparaître un besoin de financement annuel de 161 millions d'euros et non de 151 millions d'euros.

Le présent article relève donc à 161 M€ le montant de la dotation de gestion au titre de l'exercice 2011 fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Article 8

- ① I. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

②

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	181,3
Vieillesse	202,6
Famille	55,5
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	442,1

③ II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

④

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	157,4
Vieillesse	106,6
Famille	55,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	321,3

Exposé des motifs

Le niveau global des dépenses de l'ensemble des régimes de base est évalué à 442,1 milliards d'euros pour l'exercice 2011, soit près de 7 milliards d'euros de moins que les prévisions de la loi de financement pour 2011.

Cette importante révision à la baisse repose sur les éléments suivants.

D'une part, à la demande de la Cour des Comptes qui émet un avis sur les tableaux d'équilibre votés en loi de financement dans son rapport annuel sur l'exécution des lois de financement, la méthodologie d'agrégation des comptes des régimes de base de sécurité sociale a été modifiée par rapport à la loi de financement initiale pour 2011 et à la loi de financement rectificative pour 2011. Ces modifications qui sont détaillées à l'annexe 4 du présent projet de loi sont sans impact sur les objectifs de solde mais réduisent, symétriquement, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes tous régimes de 6,1 milliards d'euros en 2011.

D'autre part, ces prévisions actualisées traduisent les effets de la politique menée en faveur de la maîtrise des dépenses de notre système de protection sociale. En particulier, le renforcement récent du pilotage infra-annuel des dépenses d'assurance maladie doit permettre de respecter, en 2011 comme en 2010, l'ONDAM voté par le Parlement. Concrètement, l'ONDAM évoluera ainsi moins vite que le PIB en valeur, grâce à un ensemble de mesures d'économies portant de façon équilibrée sur les soins de ville et l'hôpital. Les dépenses de retraite enregistreront également les premiers effets, sur une demi-année seulement, du relèvement de quatre mois des âges légaux de la retraite en application de la réforme des retraites adoptée à l'automne 2010.

Article 9

Au titre de l'année 2011, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs demeurent fixés conformément au tableau de l'article 90 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Exposé des motifs

Les dépenses entrant dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2011 devraient s'élever à 167,1 milliards d'euros. Aussi, et conformément aux engagements pris par le Gouvernement devant la représentation nationale lors de l'adoption de la LFSS 2011, puis renouvelés à l'occasion de l'examen de la loi de financement rectificative, l'ONDAM est maintenu à son niveau fixé initialement. L'ONDAM serait ainsi respecté pour la seconde année consécutive, avec une progression des dépenses qui devrait s'établir au global à 2,9 % par rapport à l'objectif arrêté pour 2010. À titre de comparaison, jusqu'en 2009, les dépassements avaient été de 1,5 milliard d'euros en moyenne chaque année. Les dépenses de soins de ville devraient être conformes au sous-objectif initialement voté. En revanche, les dépenses des établissements de santé connaissent une forte dynamique ; aussi, le respect des sous-objectifs de l'ONDAM relatifs à ces établissements nécessite-t-il la mobilisation de crédits mis en réserve. Conformément aux propositions du rapport de M. Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, il a en effet été procédé, en début d'année, à la mise en réserve de certaines dotations pour un montant total maximal de 530 millions d'euros dont 400 millions d'euros sur le champ hospitalier.

Conformément aux décisions prises lors de la conférence sur le déficit public en mai 2010, le Gouvernement entend respecter une trajectoire pluri-annuelle d'évolution de l'ONDAM définie dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, caractérisée par une progression inférieure à 3 % en 2010, 2,9 % en 2011 et 2,8 % de 2012 à 2014.

TROISIEME PARTIE

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2012

Section 1

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 10

- ① L'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, le taux : « 6 % » est remplacé par le taux : « 8 % » ;
- ③ 2° Au troisième alinéa, le taux : « 1,65 % » est remplacé par le taux : « 3,65 % ».

Exposé des motifs

Le forfait social est une contribution permettant au prélèvement social patronal de ne pas se concentrer uniquement sur les salaires, ce qui est d'autant plus nécessaire que les dispositifs accessoires de rémunération servis aux salariés connaissent une croissance importante et que leur développement correspond aux nouvelles pratiques managériales et politiques de rémunération des entreprises.

Le présent article procède donc, comme annoncé par le Premier ministre dans sa présentation du plan de lutte contre les déficits publics le 24 août dernier, à l'augmentation du taux du forfait social de 2 points. Cette mesure est de nature à renforcer la contribution au financement du système de protection sociale des éléments de rémunération actuellement soumis au forfait, sans faire craindre un ralentissement du dynamisme des dispositifs d'épargne salariale compte tenu du niveau limité de ce prélèvement par rapport aux taux de droit commun de cotisation sur les salaires.

Le rendement de la mesure sera de 410 millions d'euros au bénéfice de la caisse nationale d'assurance maladie.

Article 11

- ① I. – Le premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Les mots : « 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. 3121-22 du code du travail et à l'article L. 713-6 du code rural et de la pêche maritime et » sont supprimés ;
- ③ 2° Après les mots : « durée légale du travail », sont insérés les mots : « augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu ».
- ④ II. – L'article L. 131-8 du même code est ainsi modifié :
- ⑤ 1° Au premier alinéa, après les mots : « sécurité sociale », sont insérés les mots : « et les fonds mentionnés au présent article » ;
- ⑥ 2° Le 1° est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au deuxième alinéa, le taux : « 59,9 % » est remplacé par le taux : « 59,03 % » ;
- ⑧ b) Au troisième alinéa, le taux : « 23,4 % » est remplacé par le taux : « 24,27 % ».
- ⑨ 3° Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :
- ⑩ « 7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :
- ⑪ « – à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 58,10 % ;
- ⑫ « – à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,86 % ;
- ⑬ « – à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 15,44 % ;

- ⑭ « – au régime d’assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l’article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;
- ⑮ « – aux branches mentionnées aux 1° et 2° de l’article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 9,18 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l’agriculture et du budget ;
- ⑯ « – à l’établissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d’entreprise de la société nationale des chemins de fer français et de la régie autonome des transports parisiens et à la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;
- ⑰ « – au fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante institué par le III de l’article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, pour une fraction correspondant à 0,31 % ;
- ⑱ « – au fonds mentionné à l’article L. 351-6 du code de la construction et de l’habitation, pour une fraction correspondant à 1,48 % ;
- ⑲ « – au fonds mentionné à l’article L. 5423-24 du code du travail, pour une fraction correspondant à 1,25 % ;
- ⑳ « – à la compensation, dans les conditions définies par l’article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008, des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18, pour une fraction correspondant à 3,89 % . ».
- ㉑ III. – À titre dérogatoire, l’article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la présente loi est applicable, pour l’année 2012, sous réserve des adaptations suivantes de son 7° :
- ㉒ – au deuxième alinéa, le taux : « 58,10 % » est remplacé par le taux : « 52,33 % » ;
- ㉓ – au troisième alinéa, le taux : « 7,86 % » est remplacé par le taux : « 11,17 % » ;

- ②4 – au sixième alinéa, le taux : « 9,18 % » est remplacé par le taux : « 10 % » ;
- ②5 – au septième alinéa, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,66 % » ;
- ②6 – il est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ②7 « – à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 1,58 % . »
- ②8 IV. – L'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ②9 1° Le septième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③0 « 1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par cet article ; »
- ③1 2° Il est complété par un 8° ainsi rédigé :
- ③2 « 8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° *bis* de l'article 1001 du code général des impôts ; »
- ③3 V. – L'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :
- ③4 « 8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par cet article. »
- ③5 VI. – Le 8° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③6 « 8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ; ».
- ③7 VII. – Le I et le II de l'article L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :
- ③8 « 3° Par une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ».

- ③⑨ VIII. – L'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est abrogé.
- ④⑩ IX. – Le 4° du II de l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④⑪ « 4° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Le plan de lutte contre les déficits publics présenté par le Gouvernement prévoit, dans le prolongement de la mesure d'annualisation du calcul des allègements généraux adoptée en LFSS pour 2011, la réintégration des heures supplémentaires et complémentaires dans la base servant au calcul de ces allègements. Cette mesure vise, conformément aux recommandations du conseil des prélèvements obligatoires dans son rapport d'octobre 2010, à limiter les risques d'optimisation fiscale. Les exonérations fiscales et sociales associées à la loi TEPA de 2007 ne sont pas concernées par cette mesure.

Il est proposé d'affecter le produit de cette mesure, estimé à 600 millions d'euros, pour moitié à la sécurité sociale et pour moitié au panier de recettes fiscales servant à la compensation des exonérations accordées sur les heures supplémentaires. Ce dernier bénéficiera ainsi de 2,59 points supplémentaires de droit de consommation sur les tabacs. Le présent article organise les transferts nécessaires à cette opération, en veillant au respect des équilibres entre branches.

Article 12

- ① I. – Le deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Les mots : « autres que celles visées au 7° du II ci-dessous » sont supprimés ;
- ③ 2° Le taux : « 3 % » est remplacé par le taux : « 2 % » ;
- ④ 3° L'alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « Cette réduction ne s'applique ni aux éléments mentionnés au II du présent article, ni à ceux mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 137-15 ».

- ⑥ II. – La réduction prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable au bonus exceptionnel prévu par l'article 3 de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.
- ⑦ III. – Au II du même article, le 6° est supprimé.

Exposé des motifs

Le présent article réduit de 3 % à 2 % l'abattement pour frais professionnels sur les revenus supportant la CSG et supprime cet abattement sur les revenus autres que le salaire et les allocations de chômage, conformément aux annonces du Premier ministre dans sa présentation du plan de lutte contre les déficits publics le 24 août dernier.

Aujourd'hui, la CSG sur les revenus d'activité est calculée à partir des sommes perçues par le salarié abattues de 3 % au titre des frais professionnels. Cet abattement vise à assurer l'égalité en ce qui concerne l'assujettissement à CSG, entre salariés et non salariés, compte tenu du fait que les travailleurs indépendants disposent, par rapport aux salariés, de meilleures possibilités de déduction de leurs frais professionnels de l'assiette sociale.

En ce qui concerne le champ de cet abattement, son application à des éléments de revenu d'activité qui ne constituent pas du salaire n'est pas conforme à l'objectif de compensation des frais professionnels. En effet, pour ces éléments de rémunération (intéressement, participation, financement de la protection sociale complémentaire en entreprise, sommes versées lors de la rupture du contrat de travail) la notion de frais engagés pour l'exercice d'une activité professionnelle n'est pas pertinente.

En ce qui concerne le taux de cet abattement, la prise en charge des frais professionnels des salariés par les employeurs s'est accrue depuis 2004 (date à laquelle le taux d'abattement a été fixé à 3 %), notamment en matière de transport, de frais de repas et de téléphonie mobile. Par ailleurs, s'agissant des non salariés, on a assisté à une poursuite de la hausse du recours aux associations de gestion agréées : le taux de recours, soit 80 %, a crû de plus de 5 points depuis 2004. Ce facteur concourt à la limitation des frais professionnels effectivement déduits par les non salariés compte tenu des contrôles spécifiques menés par ces associations dans ce domaine.

Le rendement de la mesure est estimé à près de 600 millions d'euros.

Article 13

- ① I. – Le III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 3°, les références : « 2°, 2° bis », « 9° *quinquies*, » et « 13°, » sont supprimées ;
- ③ 2° Le 8° est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ④ « 8° Les prestations familiales énumérées à l'article L. 511-1 à l'exception du complément de libre choix d'activité prévu à l'article L. 531-4, l'allocation aux adultes handicapés prévue par le titre II du livre VIII et l'allocation personnalisée d'autonomie prévue par le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑤ « 9° L'aide personnalisée au logement prévue par les articles L. 351-1 à L. 351-14 du code de la construction et de l'habitation ainsi que l'allocation de logement social prévue par l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale. ».
- ⑥ II. – À la première phrase du III de l'article L. 136-5 du même code, après les mots : « pensions d'invalidité », sont insérés les mots : « , le complément de libre choix d'activité prévu à l'article L. 531-4 » ;
- ⑦ III. – L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :
- ⑧ 1° Le 1° du II est complété par les mots : « et le complément de libre choix d'activité mentionné au 8° du III du même article ; »
- ⑨ 2° Le 1° du IV est complété par les dispositions suivantes :
- ⑩ « ainsi que, par dérogation, pour la totalité de la contribution assise sur le complément de libre choix d'activité mentionné au 1° du II ».

Exposé des motifs

Conformément à l'annonce du Premier ministre lors de sa présentation du plan de lutte contre les déficits publics, le 24 août dernier, cet article assujettit le complément du libre choix d'activité (CLCA) et le complément optionnel du libre choix d'activité (COLCA) au taux réduit de la CSG de 6,2 %.

Le CLCA et le COLCA sont des prestations destinées à compenser partiellement une perte de revenus normalement imposables et viennent

ainsi en substitution de ces derniers. Ils ont donc vocation à suivre le même régime d'imposition que celui des ressources qu'ils remplacent comme c'est déjà le cas pour les pensions de retraite, les allocations chômage ou les indemnités journalières.

Le rendement de la mesure, affecté en intégralité à la branche famille, est estimé à 140 millions d'euros.

Article 14

- ① I. – L'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « pour les sociétés et entreprises se livrant au commerce des valeurs et de l'argent, ainsi que » sont supprimés.
- ③ 2° Après le premier alinéa, il est inséré les dispositions suivantes :
- ④ « Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.
- ⑤ « Pour les établissements et entreprises mentionnés à l'alinéa précédent dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire. »
- ⑥ II. – Les dispositions du présent article sont applicables à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2012.

Exposé des motifs

Il ressort des contrôles menés par l'organisme en charge du recouvrement de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés qu'il existe une très grande disparité dans les assiettes déclarées par les établissements du secteur financier.

Le présent article vise donc à clarifier dans la loi l'assiette de la contribution, conformément à l'esprit du législateur lors de son

instauration, afin de rétablir sa neutralité concurrentielle et de sécuriser les recettes qu'elle génère. Seuls les produits se rapportant à l'exploitation proprement dite sont retenus dans l'assiette de la contribution, les produits relevant d'une logique patrimoniale étant, comme pour l'ensemble des sociétés redevables, exonérés.

Par ailleurs, afin de tenir compte de la spécificité de l'activité de certains établissements, il est instauré un dispositif de plafonnement de l'assiette de la contribution.

Le rendement de la mesure sera de 150 millions d'euros.

Des dispositions poursuivant des objectifs similaires seront présentées à court terme au Parlement s'agissant de l'assiette des entreprises d'assurance.

Article 15

- ① I. – L'article 1010 du code général des impôts est ainsi modifié :
- ② 1° Les taux d'émissions de dioxyde de carbone et les tarifs mentionnés au *a* sont remplacés par les taux et tarifs suivants :
- ③

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)
Inférieur ou égal à 50.....	0
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100.....	1
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120.....	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140.....	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160.....	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200.....	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250.....	21,5
Supérieure à 250.....	27

- ④ 2° Les unités de puissance administrative, exprimés en chevaux-vapeur, mentionnées au *b* sont remplacées par les unités suivantes :
- ⑤

PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF applicable (en euros)
Inférieure ou égale à 3.....	750

De 4 à 6.....	1400
De 7 à 10.....	3000
De 11 à 15.....	3600
Supérieure à 15.....	4500

- ⑥ II. – L'article 1010 A du même code est abrogé.
- ⑦ III. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de la période d'imposition s'ouvrant le 1^{er} octobre 2011.

Exposé des motifs

Le présent article vise à tirer les conséquences des évolutions technologiques et du renouvellement du parc automobile français, d'une part, par la révision du barème de la taxe sur les véhicules de société sur le dioxyde de carbone et, d'autre part, par le durcissement du barème applicable aux véhicules relevant encore du barème exprimé en chevaux fiscaux.

Il est par ailleurs proposé de supprimer les exonérations non justifiées qui grèvent l'assiette de la taxe, en cohérence avec la politique de réexamen des niches fiscales et sociales mise en œuvre au cours des dernières années.

Ces dispositions, dont le rendement est estimé à 100 millions d'euros, réaffirment la dimension environnementale de la taxe.

Elles s'appliqueront aux taxes dues au titre de périodes d'imposition ouvertes à compter du 1^{er} octobre 2011.

Article 16

- ① I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ② 1° Le quatrième alinéa de l'article 317 est complété par la phrase suivante :
- ③ « Ce droit réduit est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. » ;
- ④ 2° L'article 402 *bis* est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au deuxième alinéa, le chiffre : « 56,40 » est remplacé par le chiffre : « 45 » ;

- ⑥ *b)* Au troisième alinéa, le chiffre : « 223,51 » est remplacé par le chiffre : « 180 » ;
- ⑦ *c)* Après la deuxième phrase du dernier alinéa, est insérée la phrase suivante :
- ⑧ « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;
- ⑨ 3° L'article 403 est ainsi modifié :
- ⑩ *a)* Au 2° du I, le montant : « 1 514,47 € » est remplacé par le montant « 1 660 € » ;
- ⑪ *b)* Après la deuxième phrase du II, est insérée la phrase suivante :
- ⑫ « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;
- ⑬ 4° Après la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article 438, est insérée la phrase suivante :
- ⑭ « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;
- ⑮ 5° Après la deuxième phrase du dernier alinéa du *a* du I de l'article 520 A, est insérée la phrase suivante :
- ⑯ « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . » ;
- ⑰ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑱ 1° Au premier alinéa de l'article L. 245-8, les mots : « supérieure à 25 % » sont remplacés par les mots : « supérieure à 18 % » ;
- ⑲ 2° L'article L. 245-9 est ainsi modifié :
- ⑳ *a)* Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉑ « Le montant de la cotisation est fixé à :
- ㉒ « – 533 euros par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au *b* du I de l'article 401 du code général des impôts ;
- ㉓ « – 45 € par hectolitre pour les autres boissons.
- ㉔ « Ce montant ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée » ;

25) b) Après la deuxième phrase du dernier alinéa, est insérée la phrase suivante :

26) « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 % . »

Exposé des motifs

La consommation d'alcools, notamment par les jeunes, porte largement sur les alcools fortement titrés pour lesquels les risques liés aux phénomènes d'alcoolisation massive – phénomènes couramment appelés « binge drinking » ou modalité d'intoxication alcoolique aiguë – sont nombreux.

Le prix d'accès de certaines boissons alcoolisées n'apparaît pas suffisamment discriminant pour pouvoir constituer un levier efficace afin de réduire la consommation d'alcool en France. Il ressort ainsi qu'à coût de la vie égal, l'alcool est 10 % moins cher aujourd'hui qu'en 1960. L'indice relatif du prix des boissons alcoolisées, corrigé de l'évolution de l'indice de l'ensemble des prix a baissé entre 1960 et 1989 et très peu augmenté depuis 1990.

Dans le cadre de sa politique globale de lutte contre la consommation excessive d'alcool, le Gouvernement propose donc de renchérir le prix des boissons alcoolisées via le levier fiscal.

Dans cette optique, le présent article élargit le périmètre de la cotisation de sécurité sociale aux boissons titrant plus de 18°. Par ailleurs, la cotisation n'est plus uniforme mais fonction du degré d'alcool. Il augmente également d'environ 10 % le tarif du droit de consommation applicable aux alcools. Enfin, diverses dispositions permettent de mettre en cohérence cette nouvelle cotisation avec les droits de consommation.

Le rendement de ces mesures est évalué à 340 millions d'euros, lesquels se répartiront entre les branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles.

Article 17

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2012 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.

Exposé des motifs

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.

L'assiette de la contribution est toujours collective. Elle consiste en la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville ou en sus des prestations d'hospitalisation 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, à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires annuel dépasse 30 M€

Le taux K était fixé à 1 % pour la période 2005 à 2007 puis à 1,4 % en 2008 et 2009, 1 % en 2010 et 0,5 % en 2011.

La mesure consiste à fixer à nouveau le taux K à 0,5 % pour 2012 pour un rendement attendu de 50 M€, venant en déduction des dépenses remboursées de médicaments sous forme de remise conventionnelle.

Article 18

- ① La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est remplacée par la phrase suivante :
- ② « Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6 %. »

Exposé des motifs

Le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques prévue l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale a été fixé à 1 % pour une période triennale dans la LFSS pour 2009. Il ne sera donc plus applicable à compter du 1^{er} janvier 2012.

Le présent article reconduit cette contribution et en fixe le taux au titre des chiffres d'affaires réalisés au cours des années 2012, 2013 et 2014 à 1,6 %. Le rendement de cette mesure sera de 400 millions d'euros.

Conformément à l'engagement pris par le Gouvernement à l'issue des Assises du médicament s'agissant de la formation des médecins, le produit de la majoration de 0,6 point du taux de cette contribution, soit 150 millions d'euros, sera reversé, par la CNAMTS, à l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) et à l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) pour les médecins salariés.

Article 19

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 5121-18 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *Art. L. 5121-18.* – Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts adressent à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au Comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les médicaments et produits, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
- ④ « Toute personne qui effectue la première vente en France d'un médicament désigné comme orphelin en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ou d'un médicament faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au *a* de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa. » ;
- ⑤ 2° À l'article L. 5122-3, les mots : « qui sont importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « qui bénéficient d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 » ;

- ⑥ 3° Au premier alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 » ;
- ⑦ 4° L'article L. 5321-2 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Les 1° et 2° sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑨ « 1° Par une subvention de l'État ;
- ⑩ « 2° Par des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;
- ⑪ b) Le 3° est supprimé ;
- ⑫ c) Les 4° et 5° deviennent respectivement les 3° et 4° ;
- ⑬ 5° Le chapitre I^{er} du titre II du livre III de la cinquième partie est complété par un article L. 5321-3 ainsi rédigé :
- ⑭ « *Art. L. 5321-3. – I. –* Donne lieu au versement d'un droit par le demandeur l'accomplissement par l'agence des opérations suivantes :
- ⑮ « 1° L'analyse d'échantillons, ainsi que l'évaluation de la documentation relative au protocole de contrôle transmise par le fabricant, en vue de la mise en circulation des lots de médicaments immunologiques mentionnés au 6° de l'article L. 5121-1, de médicaments dérivés du sang mentionnés à l'article L. 5121-3 et de substances qui, si elles sont utilisées séparément d'un dispositif médical dans lequel elles sont incorporées comme parties intégrantes, sont susceptibles d'être considérées comme des médicaments dérivés du sang ;
- ⑯ « 2° Les inspections expressément demandées par un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4 afin de vérifier le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3 et de délivrer, le cas échéant, le certificat attestant ce respect ;
- ⑰ « 3° La fourniture de substances de référence de la pharmacopée française ;
- ⑱ « 4° La délivrance d'attestations de qualité destinées aux exportateurs de médicaments.

- ⑲ « Le montant du droit est fixé par décret dans la limite de :
- ⑳ « - 4 000 € pour les opérations mentionnées au 1° ;
- ㉑ « - 15 000 € pour les opérations mentionnées au 2° ;
- ㉒ « - 120 € pour les opérations mentionnées au 3° ;
- ㉓ « - 3 500 € pour les opérations mentionnées au 4°.
- ㉔ « II. - L'agence liquide le montant du droit dû pour chaque opération, qui donne lieu à l'émission d'un titre de perception ordonnancé par le ministère chargé de la santé. Le droit est recouvré au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés selon les modalités en vigueur en matière de créances étrangères à l'impôt et au domaine. » ;
- ㉕ 6° Après l'article L. 5421-6-2, il est inséré un article ainsi rédigé :
- ㉖ « *Art. L. 5421-6-3.* - Le fait de ne pas adresser à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, la déclaration mentionnée à l'article L. 5121-18, est puni de 45 000 € d'amende.
- ㉗ « La déclaration incomplète ou inexacte est punie de 25 000 € » ;
- ㉘ 7° À l'article L. 5422-2, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 » ;
- ㉙ 8° Les articles L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5121-19, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7 et L. 6221-11 sont abrogés.
- ㉚ II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ㉛ 1° Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 » ;
- ㉜ 2° L'article L. 162-17-5 est abrogé ;
- ㉝ 3° L'article L. 241-2 est complété par un 7° ainsi rédigé :

- ③4 « 7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 Q et 1635 *bis* AE du code général des impôts et les droits perçus au titre de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique. »
- ③5 III. – Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ③6 1° La section 0I du chapitre I^{er} du titre III de la deuxième partie du livre premier est complétée par un V ainsi rédigé :
- ③7 « V : Prélèvements sociaux perçus au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés :
- ③8 « *Art. 1600-0 N. – I. –* Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France de médicaments et de produits définis au II sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
- ③9 « II. – Les médicaments et produits mentionnés au I sont les médicaments et produits ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des dispositions des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé au sens des dispositions de l'article L. 5121-8 du même code, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens des dispositions du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 du même code.
- ④0 « III. – L'assiette de la taxe est constituée, pour chaque médicament ou produit mentionné au II, par le montant total hors taxe sur la valeur ajoutée des ventes, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des médicaments et produits qui sont exportés hors de l'Union européenne, ainsi que des ventes de médicaments et produits expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne et des ventes de médicaments orphelins au sens des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins.

- ④① « IV. – Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit mentionné au II à :
- ④② « – 499 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 000 € et 76 000 €;
- ④③ « – 1 636 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 76 001 € et 380 000 €;
- ④④ « – 2 634 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 380 001 € et 760 000 €;
- ④⑤ « – 3 890 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 760 001 € et 1 500 000 €;
- ④⑥ « – 6 583 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 500 001 € et 5 000 000 €;
- ④⑦ « – 13 166 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 5 000 001 € et 10 000 000 €;
- ④⑧ « – 19 749 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 10 000 001 € et 15 000 000 €;
- ④⑨ « – 26 332 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 15 000 001 € et 30 000 000 €;
- ⑤⑩ « – 33 913 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est supérieur à 30 000 000 €
- ⑤① « V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France, ou après introduction en France en provenance de l'étranger de médicaments et produits mentionnés au II.
- ⑤② « Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente de chaque médicament ou produit mentionné au II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.
- ⑤③ « Art. 1600-0 O. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II sont soumis à une taxe annuelle perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

- ⑤4 « II. – Les dispositifs mentionnés au I sont les dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* définis à l'article L. 5221-1 du même code.
- ⑤5 « III. – L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les dispositifs mentionnés au II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.
- ⑤6 « IV. – Le taux de cette taxe est fixé à 0,29 %.
- ⑤7 « V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France, ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.
- ⑤8 « Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.
- ⑤9 « Art. 1600-0 P. – I. – Les redevables de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 N et de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 O déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration.
- ⑥0 « Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I de l'article 1600-0 N et au I de l'article 1600-0 O lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.
- ⑥1 « II. – Les taxes mentionnées au I de l'article 1600-0 N et au I de l'article 1600-0 O sont constatées, recouvrées et contrôlées selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe.
- ⑥2 « III. – Lorsque les redevables des taxes mentionnées au I de l'article 1600-0 N et au I de l'article 1600-0 O ne sont pas établis dans un

État membre de l'Union européenne ou dans tout autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscale, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui s'engage à remplir les formalités incombant à cette personne et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à sa place.

- ⑥3 « Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale de manière séparée la comptabilité afférente aux ventes de médicaments et produits mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O.
- ⑥4 « *Art. 1600-0 Q. – I.* – Il est institué une taxe annuelle perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés due par les laboratoires de biologie médicale définis à l'article L. 6212-1 du code de la santé publique dont tout ou partie des examens sont soumis, pour l'année en cause, au contrôle national de qualité mentionné à l'article L. 6221-10 du même code.
- ⑥5 « II. – Le montant de la taxe mentionnée au I est fixé forfaitairement par décret dans la limite de 600 €
- ⑥6 « III. – Les redevables déclarent la taxe sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. La taxe est acquittée lors du dépôt de la déclaration.
- ⑥7 « Pour les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A, la taxe est déclarée et acquittée lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.
- ⑥8 « IV. – La taxe est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe. »
- ⑥9 2° Après la section V *quater* du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre premier, il est inséré une section ainsi rédigée :

70

« Section V quinquies

71 « *Droits perçus au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés*

72 « Art. 1635 bis AE. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt, auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé :

73 « 1° De chaque demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du code de la santé publique, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

74 « 2° De chaque demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

75 « 3° De chaque demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code et de chaque demande de renouvellement ou de modification de cette autorisation ;

76 « 4° De chaque demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de ces autorisations ;

77 « 5° De chaque demande d'autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 du même code et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ;

78 « 6° De chaque demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14 du même code ;

79 « 7° De chaque dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code.

80 « II. – Le montant du droit dû à raison des dépôts mentionnés au I est fixé par décret dans la limite de :

81 « – 7 600 € pour les demandes mentionnées au 1° du I ;

- ⑧② « - 21 000 € pour les demandes mentionnées au 2° du I ;
- ⑧③ « - 50 000 € pour les demandes mentionnées au 3°, au 4° et au 5° du I ;
- ⑧④ « - 510 € pour les demandes mentionnées au 6° et au 7° du I.
- ⑧⑤ « III. – Le versement du droit est accompagné d’une déclaration dont le modèle est fixé par l’administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu’en matière de droits d’enregistrement. Il est donné quittance de son versement. À défaut de production de la quittance à l’appui de son dépôt à l’agence, ou en cas de versement d’un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée. » ;
- ⑧⑥ « Une fois le dossier d’une demande mentionnée au I complet ou la publicité mentionnée au 7° du I déposée, le droit versé n’est restituable qu’à concurrence de la fraction de son montant dont l’agence a antérieurement constaté l’insuffisance de versement. » ;
- ⑧⑦ 3° Après le III de l’article 1647, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :
- ⑧⑧ « Pour frais d’assiette et de recouvrement, l’État effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 Q et sur celui des droits mentionnés à l’article 1635 *bis* AE. »
- ⑧⑨ IV. – Le VII de la section II du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales est complété par un 8° ainsi rédigé :
- ⑨⑩ « 8° Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé :
- ⑨⑪ « Art. L. 166 D. – L’administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts transmet à l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l’établissement, l’identifiant SIRET, l’adresse de l’établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l’article 226-13 du code pénal. »

- ⑨² V. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2012.
- ⑨³ VI. – Par dérogation aux dispositions du présent article, quand elle constate, après le 1^{er} janvier 2012, un versement erroné ou l’absence de versement de la part du redevable d’une des taxes ou redevances à acquitter en 2011 ou au cours des exercices antérieurs et prévues à l’article 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, aux articles L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7, L. 6221-11 et au 3° de l’article L. 5321-2 du code de la santé publique dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2011, l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé procède à la liquidation et au recouvrement des sommes restant à percevoir ou au remboursement des sommes perçues à tort conformément aux dispositions en vigueur l’année où la taxe ou la redevance était due.

Exposé des motifs

Le présent article modifie le mode de financement de l’agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : les taxes et redevances perçues aujourd’hui par l’établissement seront dorénavant recouvrées par l’État au profit de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés.

Il vise d’autre part à augmenter les plafonds, les taux et les tarifs des taxes et droits afin de porter leur produit à hauteur des charges nouvelles correspondant à l’accroissement des missions confiées à l’agence.

Article 20

- ① I. – Après le II *quinquies* de l’article 4 de l’ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, il est inséré un II *sexies* ainsi rédigé :
- ② « II *sexies*. – La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 de la branche mentionnée au 3° de l’article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par un transfert de 2 466 641 896,19 € de la Caisse d’amortissement de la dette sociale à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. »
- ③ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

- ④ 1° Le 6° de l'article L. 731-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤ « 6° Une fraction égale à 39,6 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du même code ; »
- ⑥ 2° Après le 7° *bis* de l'article L. 731-3, il est inséré un 7° *ter* ainsi rédigé :
- ⑦ « 7° *ter* Une fraction égale à 60,4 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ; ».

Exposé des motifs

Les efforts significatifs consentis ces dernières années au bénéfice du financement du régime des exploitants agricoles n'ont pas permis de résoudre toutes les difficultés. La branche vieillesse du régime des non salariés agricoles présente en particulier un déficit prévisionnel de 1,3 Md€ pour l'exercice 2011 et un déficit cumulé de 3,8 Md€ à la fin de cette même année.

Il est donc proposé de soulager de façon significative la trésorerie de la CCMSA, et d'améliorer les perspectives financières du système de retraite des exploitants agricoles pour les années à venir, en mobilisant une partie des ressources nouvelles dégagées dans le cadre du plan anti-déficits présenté le 24 août dernier.

D'une part, il est proposé de transférer à la Caisse d'amortissement de la dette sociale les déficits comptables cumulés 2009-2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, lesquels s'établissent à 2,5 Md€. Dans le respect des dispositions de l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, ce schéma de reprise de dette est financé de façon à garantir le maintien, en prévision, de la date de fin de vie prévisionnelle de la Caisse, soit 2025.

D'autre part, il est proposé de réduire de près de 30 % le besoin de financement courant du régime. L'effort en recettes acquis pour la sécurité sociale dans le cadre du plan gouvernemental de réduction des déficits publics sera ainsi redirigé pour 400 M€ au système de retraite des non salariés agricoles.

Article 21

- ① I. – À compter du 1^{er} janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie et maternité dans le respect des règles de ce dernier. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de la même date.
- ② Un décret en Conseil d'État détermine, en tant que de besoin, les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au précédent alinéa, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres 1 à 3 et 6 du livre 3 du code de la sécurité sociale.
- ③ Un décret fixe, pour une période transitoire commençant le 1^{er} janvier 2013 et prenant fin au plus tard le 31 décembre 2018, les taux des cotisations dues chaque année par la Chambre de commerce et d'industrie de Paris au régime général au titre de ces assurances sociales permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale à la charge des employeurs en application des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale.
- ④ II. – L'affiliation et la prise en charge par le régime général de sécurité sociale des salariés et anciens salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et de leurs ayants droit qui relevaient du régime spécial d'assurance invalidité du personnel de cet établissement prévues par l'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises prennent effet au 1^{er} janvier 2013. Il est mis fin à ce régime spécial à la même date.

Exposé des motifs

L'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a prévu le transfert des assurances vieillesse et invalidité du régime spécial de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) au régime général de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2006.

Dans le prolongement de cette mesure, le présent article a d'une part, pour objet de transférer également au régime général la couverture maladie

et maternité des agents de la CCIP au 1^{er} janvier 2013 (§ I). Ce transfert ne modifiera pas le niveau de prise en charge des assurés relevant aujourd'hui du régime spécial d'assurance maladie de la CCIP, le niveau de couverture garanti par ce régime étant déjà aligné sur celui du régime général. Cette intégration s'accompagnera d'un alignement progressif du taux de cotisation employeur sur celui du régime général.

D'autre part, le présent article fait coïncider la date de transfert du risque invalidité du régime spécial de la CCIP prévu par l'article 70 de la loi du 2 août 2005 précité avec celle du transfert du risque maladie au 1^{er} janvier 2013 (§ II), la couverture du risque invalidité ayant continué d'être assurée en pratique par le régime spécial après le 1^{er} janvier 2006, du fait de la difficulté à dissocier la gestion du risque invalidité de celle du risque maladie.

Le report du transfert au régime général du risque invalidité du régime spécial de la CCIP au 1^{er} janvier 2013, à la même date que celui du risque maladie, permet de mettre fin à cette situation de fait tout en évitant ces difficultés de gestion.

Article 22

Est approuvé le montant de 3,2 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Exposé des motifs

Le présent article approuve le montant de crédits budgétaires ouverts par le projet de loi de finances pour 2012 pour couvrir les dispositifs compensés d'exonération, de réduction ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Fixé à 3,2 Md€ ce montant est en baisse de 3,3 % par rapport à 2011. Cette évolution résulte principalement de l'impact en année pleine des mesures de rationalisation adoptées en loi de finances pour 2011, dans le cadre plus général de la stratégie de réduction des niches sociales poursuivie par le Gouvernement.

L'annexe 5 du présent projet de loi décrit également les autres types d'exonérations ou exemptions d'assiettes applicables aux cotisations ou contributions sociales. En 2012, les sommes correspondantes s'élèveraient

en prévision (données en encaissement-décaissement) aux montants suivants :

- 20,1 milliards d'euros pour le montant des allègements généraux sur les bas salaires (et exonérations de cotisations « famille » pour certains régimes spéciaux) ; il est rappelé que ces exonérations ne font plus l'objet depuis 2011 d'une compensation par l'État dans la mesure où les recettes fiscales jusque là mobilisées dans cet objectif ont été affectées à titre définitif à la sécurité sociale ;

- 3,5 milliards d'euros pour le montant des exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires, compensées intégralement par un panier de recettes fiscales ;

- 3,2 milliards d'euros pour le montant des exonérations restant à la charge de la sécurité sociale ;

- 50,9 milliards d'euros pour le montant des exemptions d'assiette, soit l'équivalent de 9,7 milliards d'euros de recettes selon la méthode conventionnelle décrite dans ce rapport.

Le total de ces dispositifs représenterait ainsi l'équivalent de 36,4 milliards d'euros de cotisations ou contributions.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

① Pour l'année 2012, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et par branche à :

③ *(En milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes
Maladie	180,9
Vieillesse	202,8
Famille	54,8
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	441,5

④ 2° Pour le régime général de sécurité sociale et par branche à :

⑤ (En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	156,2
Vieillesse	104,9
Famille.....	54,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	317,9

⑥ 3° Pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à :

⑦ (En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds solidarité vieillesse (FSV)	14,2

Exposé des motifs

Les prévisions de recettes du présent article ont été élaborées selon une méthodologie un peu différente de celle retenue pour la construction des tableaux d'équilibre des précédentes lois de financement. Ainsi, à la demande de la Cour des Comptes qui émet un avis sur les tableaux d'équilibre votés en loi de financement dans son rapport annuel sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, la méthode de consolidation des comptes des régimes de base de sécurité sociale a été modifiée par rapport à la loi de financement initiale pour 2011. Ces modifications qui sont détaillées à l'annexe 4 du présent projet de loi sont sans impact sur les objectifs de solde mais réduisent, symétriquement, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes toutes branches pour l'ensemble des régimes de base de 6,4 milliards d'euros en 2012.

Si on neutralise cet effet à fin de comparaison avec les prévisions pour l'année 2012, figurant dans l'annexe A de la loi de financement rectificative pour 2011, la prévision de recettes tous régimes de base pour 2012 est revue à la hausse de 6 milliards d'euros, malgré un scénario macroéconomique moins favorable. En particulier, la croissance de la masse salariale du secteur privée, qui est le principal déterminant de la dynamique des recettes du régime général a été revue à la baisse de 0,5 point, soit de moindres recettes de cotisations et de CSG pour un peu plus d'1 milliard d'euros.

Cette augmentation importante des objectifs de recettes traduit l'effort de redressement des comptes sociaux porté par le Gouvernement à travers le plan de lutte contre les déficits annoncés le 24 août dernier. Au total, ce sont près de 6 milliards d'euros de recettes supplémentaires, soit 60 % du rendement des mesures nouvelles en recettes, qui seront affectés à la sécurité sociale.

Près de la moitié de cet effort est déjà acquis avec la loi de finances rectificative pour 2011 adoptée en septembre par le Parlement. La hausse de 1,2 point des prélèvements sociaux acquittés sur les revenus du capital ainsi que l'aménagement des règles d'assujettissement des plus values de cessions immobilières permettent en particulier d'assurer la contribution des plus hauts revenus.

L'effort tient également aux mesures retenues dans les projets de lois financières pour 2012 en faveur de l'approfondissement de la stratégie de réduction des niches sociales. Le présent projet de loi de financement prévoit notamment l'augmentation du forfait social, la modification des règles d'abattement CSG et CRDS pour frais professionnels, l'assujettissement à la CSG du complément libre choix activité ou encore l'harmonisation de l'assiette de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés.

Enfin, le Gouvernement a fait le choix de renforcer les taxes sur les comportements à risque, lesquelles apporteront en outre une contribution à long terme à la maîtrise des dépenses de santé (hausse des droits sur les tabacs, augmentation de la fiscalité sur les alcools...).

Au total, les recettes prévisionnelles s'établissent à 317,9 milliards d'euros pour le régime général et à 441,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base.

Les ressources nouvelles sont en outre mobilisées en faveur du redressement des comptes de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, d'une part à travers la reprise par la CADES de ses déficits cumulés 2009-2010, d'autre part, *via* la réduction de l'ordre de 30 % de son besoin courant de financement (*cf.* article 20 du présent projet de loi).

Article 24

① Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

② *(En milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	180,9	186,8	-5,9
Vieillesse	202,8	210,5	-7,7
Famille	54,8	57,1	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,5	13,3	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	441,5	457,1	-15,7

Exposé des motifs

Le tableau d'équilibre du présent article a été construit selon une méthodologie un peu différente de celle retenue pour la construction des tableaux d'équilibre des précédentes lois de financement. Ainsi, à la demande de la Cour des Comptes qui émet chaque année un avis sur les tableaux d'équilibre dans son rapport sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, la méthode de consolidation des comptes, des régimes de base de sécurité sociale a été modifiée par rapport à la loi de financement initiale pour 2011. Ces modifications qui sont détaillées à l'annexe 4 du présent projet de loi sont sans impact sur les objectifs de solde mais réduisent, symétriquement, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes toutes branches de 6,4 milliards d'euros en 2012.

Le solde toutes branches s'élèverait en 2012 à -15,7 milliards d'euros, soit une amélioration de 4,5 milliards d'euros par rapport à 2011 et un effort de redressement par rapport à la trajectoire tendancielle avant mesures nouvelles de près de 8 milliards d'euros.

Ce redressement résulte d'une politique alliant maîtrise des dépenses, via notamment un ONDAM dont la progression est limitée à 2,8 % dans la continuité des objectifs votés et respectés en 2010 et 2011 et la poursuite de la montée en charge progressive de la réforme des retraites adoptée à l'automne 2010, et augmentation des recettes, à hauteur de 6 milliards d'euros, soit 60 % des recettes supplémentaires figurant dans le plan anti-déficit annoncé le 24 août par le Premier ministre.

Article 25

① Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

② *(En milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	156,2	162,2	-5,9
Vieillesse.....	104,9	110,7	-5,8
Famille	54,3	56,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	11,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	317,9	331,8	-13,9

Exposé des motifs

Le tableau d'équilibre du présent article a été construit selon une méthodologie un peu différente de celle retenue pour la construction des tableaux d'équilibre des précédentes lois de financement. Ainsi, à la demande de la Cour des Comptes qui émet chaque année un avis sur les tableaux d'équilibre dans son rapport sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, la méthode de consolidation des comptes, des régimes de base de sécurité sociale a été modifiée par rapport à la loi de financement initiale pour 2011. Ces modifications qui sont détaillées à l'annexe 4 du présent projet de loi sont sans impact sur les objectifs de solde mais réduisent, symétriquement, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes toutes branches de 5,4 milliards d'euros en 2012.

Le solde du régime général s'établirait à -13,9 milliards d'euros en 2012, ce qui correspond à un effort de redressement de 7,3 milliards d'euros par rapport à la trajectoire tendancielle avant mesures.

La maîtrise structurellement renforcée de la dépense (fixation d'un ONDAM à 2,8 % ; réforme des retraites), combinée à la stratégie développée plus haut de sécurisation des ressources de la sécurité sociale, permet d'ancrer l'action du Gouvernement dans une perspective réaliste de retour à l'équilibre.

En particulier, le déficit de la branche maladie sera réduit de moitié sur la période 2010-2012, et s'établira ainsi, en prévision, à 5,9 milliards

d'euros. La branche accidents du travail – maladies professionnelles affiche quant à elle depuis 2011 un retour à l'équilibre.

Article 26

- ① Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

② *(En milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV).....	14,2	18,0	-3,7

Exposé des motifs

L'objectif de solde du FSV s'élèverait à -3,7 Md€ pour 2012, soit un effort de redressement de 0,3 milliard d'euros par rapport à la trajectoire tendancielle avant mesures nouvelles. Le fonds bénéficie notamment des recettes nouvelles suivantes : la réduction de 3 % à 2 % de l'abattement pour frais professionnels sur l'assiette de CSG et l'harmonisation des règles de détermination de l'assiette de la contribution de solidarité sur les sociétés dans le secteur financier.

Article 27

- ① I. – Pour l'année 2012, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 11,1 milliards d'euros.

- ② II. – Pour l'année 2012, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

③ *(En milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total.....	0

④ III. – Pour l’année 2012, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

⑤ (En milliards d’euros)

	Prévisions de recettes
Recettes fiscales affectées	0,4
Total.....	0,4

Exposé des motifs

I. – En prévision, la CADES aura amorti 11,1 Md€ de dette supplémentaire sur l’année 2012. Cet objectif tient notamment compte des recettes nouvelles affectées à la caisse (*via* la réduction de 3 % à 2 % de l’abattement pour frais professionnels sur l’assiette de CSG et de CRDS et la modification des règles d’abattement des plus-values immobilières soumises aux prélèvements sociaux) pour un montant global de 220 millions d’euros permettant le financement de la reprise de la dette 2009 et 2010 de la branche retraite du régime des non salariés agricoles. Ceci porterait le total de la dette amortie depuis la création de la CADES à 70,4 Md€

II. – En application de la loi de financement pour 2011, les ressources courantes du fonds de réserve pour les retraites ont été transférées, soit à la CADES pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la CNAV et du FSV, soit directement au FSV. La prévision de recettes du FRR pour 2012 est donc nulle.

III. – Depuis la réforme des retraites adoptée en 2010, le Fonds de solidarité vieillesse est en charge du financement du maintien du bénéfice de l’âge d’annulation de la décote à 65 ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l’âge de la retraite ainsi que pour les parents d’enfants handicapés. L’équilibre financier de cette mesure est assuré par la mise en réserve par le Fonds, au sein d’une section comptable spécifique, du produit de 0,2 point du prélèvement social sur les revenus du capital ainsi que de 0,77 point de forfait social. Le rendement de ces recettes s’élèverait pour 2011 à 0,41 milliards d’euros en 2012.

Article 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2012-2015), les prévisions de

recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 3

Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

Article 29

- ① I. – L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Les premier et deuxième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ③ « Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur le revenu d'activité non salarié.
- ④ « Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. En outre, les primes et cotisations mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* du code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. »
- ⑤ 2° Après le troisième alinéa il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application des articles L. 526-6 à L. 526-21 du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

- ⑦ 3° Le cinquième, le sixième et le septième alinéas sont supprimés. »
- ⑧ II. – Au premier alinéa de l'article L. 131-6-1 du même code, les mots : « aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6, aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 136-3 » sont remplacés par les mots : « aux dispositions de l'article L. 131-6-2 ».
- ⑨ III. – Après cet article L. 131-6-1 du même code, il est inséré un article L. 131-6-2 ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art. L. 131-6-2.* – Les cotisations sont dues annuellement.
- ⑪ « Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret.
- ⑫ « Lorsque le revenu d'activité est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.
- ⑬ « Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du dernier revenu d'activité connu ou sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession de l'assuré au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.
- ⑭ « Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire. Le cotisant est redevable d'une pénalité calculée en fonction des cotisations finalement dues. Un décret détermine la base majorée ainsi que la base forfaitaire et précise les modalités de calcul et d'application de la pénalité mentionnées ci-dessus. »
- ⑮ IV. – Le I de l'article L. 133-6-2 du même code, est ainsi modifié :
- ⑯ 1° Au premier alinéa, le mot : « préalable » est remplacé par les mots : « par anticipation ».

- ⑰ 2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑱ « Lorsque le travailleur indépendant effectue une déclaration par anticipation, la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2 est également effectuée par anticipation. Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette régularisation peut être effectuée ainsi que le montant forfaitaire servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui verse par anticipation le montant des sommes dues. »
- ⑲ V. – Au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 du même code, les mots : « cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « dispositions de l'article L. 131-6-2 ».
- ⑳ VI. – L'article L. 136-3 du même code est ainsi modifié :
- ㉑ 1° Au premier alinéa, les mots : « employeurs et les » sont supprimés.
- ㉒ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « de l'employeur et » sont supprimés.
- ㉓ 3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :
- ㉔ « La contribution est due annuellement dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8, ainsi que leurs dispositions réglementaires d'application dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. »
- ㉕ 4° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.
- ㉖ VII. – L'article L. 242-11 du même code est ainsi modifié :
- ㉗ 1° Au premier alinéa, les mots : « employeurs et » sont supprimés et les mots : « de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 »
- ㉘ 2° Au deuxième alinéa, le mot : « personnes » est remplacé par les mots : « travailleurs indépendants », le mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité » et les mots : « les travailleurs indépendants » sont remplacés par le mot : « ceux ».
- ㉙ VIII. – L'article L. 612-4 du même code est ainsi modifié :
- ㉚ 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

- ① a) Le mot : « définies » est remplacé par le mot : « calculées » et les mots : « de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;
- ② b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. »
- ③ 2° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.
- ④ IX. – L'article L. 613-1 du même code est ainsi modifié :
- ⑤ 1° Au premier et deuxième alinéa, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants ».
- ⑥ 2° Après le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « 8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du VII de l'article 151 septies du code général des impôts, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du code rural. »
- ⑧ X. – L'article L. 633-10 du même code est ainsi modifié :
- ⑨ 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑩ a) Le mot : « définies » est remplacé par le mot : « calculées » et les mots : « de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;
- ⑪ b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. »
- ⑫ 2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés.
- ⑬ 3° Aux septième et huitième alinéas, le mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité ».
- ⑭ XI. – Au troisième alinéa de l'article L. 635-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 635-5 du même code, le mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité ».
- ⑮ XII. – Au cinquième alinéa de l'article L. 642-1 du même code, les mots : « professionnels non salariés » sont supprimés et la deuxième

citation du mot : « revenus professionnels » sont remplacés par les mots : « revenus d'activité ».

- ④⑥ XIII. – L'article L. 642-2 du même code est ainsi modifié :
- ④⑦ 1° Au premier alinéa, les mots : « revenu professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires » sont remplacé par les mots : « d'activité et calculées dans les conditions définies aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;
- ④⑧ 2° Les sept derniers alinéas sont supprimés.
- ④⑨ XIV. – Au premier alinéa de l'article L. 652-6 du même code, les mots : « non salariés des professions » sont remplacés par les mots : « indépendants ».
- ⑤⑩ XV. – À l'article L. 722-4 du même code, les mots : « aux deuxième à quatrième alinéas » sont remplacés par les mots : « aux dispositions ».
- ⑤⑪ XVI. – Au deuxième alinéa de l'article L. 723-5 du même code, les mots : « professionnels de l'avant-dernière année tels qu'ils sont définis aux deuxième et troisième alinéas » sont remplacés par les mots : « définis conformément aux dispositions ».
- ⑤⑫ XVII. – L'article L. 723-15 du même code est ainsi modifié :
- ⑤⑬ 1° Au premier alinéa, les mots : « professionnel tel que défini aux deuxième et troisième alinéas » sont remplacés par les mots : « défini conformément aux dispositions » ;
- ⑤⑭ 2° Au dernier alinéa, le mot « professionnel » est remplacé par le mot « d'activité ».
- ⑤⑮ XVIII. – L'article L. 756-5 du même code est modifié comme suit :
- ⑤⑯ 1° Au premier alinéa, les mots : « de l'article L. 242-11, du premier alinéa de l'article L. 612-4, du premier alinéa de l'article L. 633-10 et des premier et cinquième alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « des trois premiers alinéas de l'article L. 131-6-2 », les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants » et le mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité » ;
- ⑤⑰ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « non salariée » sont remplacés par le mot : « indépendante ».

⑤⑧ XIX. – Les articles L. 131-6-3 et L. 612-5 du même code sont abrogés.

Exposé des motifs

Le présent article réécrit les dispositions relatives au revenu des travailleurs indépendants pris en compte pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par référence aux bénéficiaires et revenus déclarés en matière fiscale. Les termes du code de la sécurité sociale renverront désormais directement aux notions fiscales, afin d'établir un lien étroit et cohérent entre les deux assiettes, ce qui évitera des incertitudes sur les éléments devant être pris en compte, réintégré ou déduits.

En outre, les dispositions du code prévoient les différentes situations dans lesquelles des assiettes forfaitaires doivent être pratiquées que ce soit à titre provisoire (en l'absence de déclaration de revenus ou de début d'activité) ou définitif (lorsque les revenus déclarés sont inférieurs à un certain montant). Le présent article permettra au pouvoir réglementaire et aux organismes d'adapter ces assiettes forfaitaires à la situation des cotisants, afin de permettre une politique de recouvrement plus efficace.

De même, l'article assouplit les conditions dans lesquelles les travailleurs indépendants peuvent demander à modifier le montant des cotisations qu'ils acquittent, notamment lorsqu'ils souhaitent régulariser rapidement les cotisations dues au titre de l'année précédente ou lorsqu'ils estiment que les revenus de l'année en cours ne leur permettront pas de faire face à leurs échéances. Des mécanismes incitatifs sont créés : ils permettront d'accélérer le remboursement d'un éventuel excès de versement de cotisations ou de prévenir d'éventuelles difficultés de paiement.

Article 30

① I. – Après l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-5-4 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 133-5-4. – I. –* Tout employeur de personnels salariés ou assimilés autres que les salariés agricoles et les salariés mentionnés à l'article L. 1271-1 du code du travail est tenu d'adresser, au plus tard le 31 janvier de chaque année, à un organisme désigné par décret, une déclaration annuelle des données sociales faisant ressortir le montant des rémunérations versées à chacun de ses salariés ou assimilés au cours de l'année précédente.

- ③ « Cette déclaration unique se substitue aux déclarations annuelles destinées aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, aux déclarations prévues aux articles L. 1441-8 et L. 5212-5 du code du travail ainsi qu'aux déclarations instituées par voie réglementaire dont la liste est fixée par décret. Ce décret fixe la liste des données autres que les rémunérations devant figurer dans la déclaration.
- ④ « II. – La déclaration annuelle des données sociales est effectuée par voie électronique selon une norme d'échanges, approuvée par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale. Toutefois, elle peut être réalisée au moyen d'un formulaire dont le modèle est approuvé par arrêté conjoint des ministres ci-dessus mentionnés.
- ⑤ « III. – Lorsque les éléments déjà déclarés au titre d'une année civile à un des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 diffèrent de ceux devant figurer sur la déclaration annuelle des données sociales, l'employeur lui adresse une déclaration de régularisation ainsi que, le cas échéant, le versement complémentaire de cotisations et contributions correspondant, au plus tard à la date mentionnée au I.
- ⑥ « IV. – Le défaut de production de l'une des déclarations mentionnées aux I et III dans les délais prescrits, l'omission de données devant y figurer ou l'inexactitude des données déclarées entraînent l'application d'une pénalité.
- ⑦ « Cette pénalité est fixée à 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque salarié ou assimilé pour lequel est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude.
- ⑧ « Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations. »
- ⑨ II. – À l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « bordereaux récapitulatifs des cotisations » sont remplacés par les mots : « déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ».
- ⑩ III. – Les dispositions du I sont applicables pour la première fois au titre des rémunérations versées au cours de l'année 2012. Toutefois, un

décret peut en reporter la première application au plus tard au titre des rémunérations versées au cours de l'année 2015, pour tout ou partie des employeurs de personnels relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

La déclaration annuelle des données sociales (DADS) et le tableau récapitulatif des cotisations (TR) qui l'accompagne sont des déclarations essentielles au fonctionnement de la sécurité sociale, puisqu'elles servent tout à la fois à l'acquisition des droits des salariés, à la vérification des droits aux prestations maladie, à la fixation des taux de cotisations accidents du travail, au contrôle effectué par les URSSAF sur les cotisations sociales dues par les employeurs et enfin à la régularisation des cotisations dues au titre de l'année précédente.

Toutefois, le cadre juridique actuel de cette déclaration limite son utilisation au champ actuellement prévu par les dispositions législatives qui la régissent, notamment les articles 87 et 87 A du code général des impôts et ne permet pas de nouveaux usages, notamment en matière de recouvrement pour le compte d'autres administrations, comme de nouveaux projets l'envisagent. En outre, ce cadre juridique empêche d'assurer l'unicité de la norme selon laquelle cette déclaration doit être effectuée et des conditions dans lesquelles elle est obligatoirement dématérialisée, contrairement à ce qui est prévu pour d'autres déclarations par des dispositions législatives. Il est enfin indispensable de préciser les conditions de la régularisation annuelle des cotisations au moyen du tableau récapitulatif réalisé au même moment.

Les dispositions introduites dans le présent article permettront de répondre à l'ensemble de ces préoccupations.

Article 31

- ① Après le chapitre IX du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IX *ter* ainsi rédigé :
- ②

« CHAPITRE IX TER
- ③

« *Gestion des risques financiers*
- ④ « Art. L. 139-3. – Les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les

organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans le cadre d'une convention soumise à l'approbation des ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.

- ⑤ Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également autorisée à émettre des titres de créance négociables, dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission fait l'objet chaque année d'une approbation par les ministres chargés de sa tutelle.
- ⑥ « *Art. L. 139-4.* – Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ne peuvent placer leurs disponibilités excédant leurs besoins de trésorerie que dans des actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisible de ces disponibilités.
- ⑦ « *Art. L. 139-5.* – Il est conduit chaque année un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, notamment dans le cadre de ses opérations d'émission de titres de créance négociables et de placement de ses excédents. »

Exposé des motifs

Il convient de veiller à doter les régimes de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement d'un corpus de règles prudentielles permettant de mieux encadrer leur recours à l'emprunt, ainsi que, de façon symétrique, les placements financiers qu'ils effectuent lorsqu'ils disposent d'excédents ponctuels de trésorerie. Un contrôle renforcé, englobant naturellement l'ensemble des instruments financiers mobilisés dans l'exercice de ces missions, permettra d'assurer une plus grande sécurité et une plus forte lisibilité des opérations financières que peuvent être amenés à conduire les gestionnaires des régimes.

En outre, compte tenu de la place désormais importante des opérations de marché dans le financement du régime général, il est proposé d'inscrire dans la loi le principe d'un audit contractuel annuel relatif à la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'ACOSS.

Contribuant à l'amélioration de la gouvernance et de la soutenabilité des finances publiques, cet article s'inscrit pleinement dans la stratégie mise en œuvre par le Gouvernement dans la dernière loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, à travers notamment le resserrement des conditions d'endettement des organismes divers d'administration centrale et des établissements de santé.

Article 32

- ① Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

- ② *(En millions d'euros)*

	Montants limites
Régime général – Agence centrale des organismes de sécurité sociale.....	21 000
Régime des exploitants agricoles – Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	2 900
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.....	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	50
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.....	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer.....	650
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	50

- ③ À titre dérogatoire, la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer est autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 1 600 millions d'euros du 1^{er} au 15 janvier et du 15 au 31 décembre 2012.

Exposé des motifs

En application de la loi de financement pour 2011, les déficits de la branche vieillesse du régime général et ceux du FSV constatés pour 2011 seront transférés à la CADES avant le 30 juin 2012. Si l'on ajoute à l'impact de cette reprise de dette les effets des mesures de redressement

proposées par le Gouvernement, la hausse du plafond de ressources non permanentes auxquelles peut recourir le régime général en 2012 est contenue à 3 milliards d'euros. Le plafond est ainsi fixé à 21 milliards d'euros pour 2012, contre 18 milliards en 2011. Ce plafond tient compte d'un point bas prévisionnel de -18,9 milliards d'euros, et d'une marge de 2,1 milliards d'euros assurant à l'ACOSS la possibilité de faire face aux aléas pesant sur son profil de trésorerie.

En ce qui concerne le régime des exploitants agricoles, sa trésorerie sera significativement améliorée en 2012 sous un double effet : d'une part, les déficits 2009 et 2010 de la branche vieillesse seront transférés à la CADES dans le respect de la contrainte organique de non allongement ; d'autre part, le régime retraite bénéficiera d'un apport de 400 millions d'euros de ressources nouvelles à compter de 2012. Dans ces conditions, il est proposé de baisser le plafond d'emprunt à 2,9 milliards d'euros, contre 4,5 milliards d'euros en 2011, ce qui conserve au régime une marge d'environ 300 millions d'euros pour faire face aux aléas.

Il est par ailleurs proposé de remonter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 1,45 milliard d'euros, contre 400 millions d'euros en 2011. Cela traduit la dégradation des comptes de la CNRACL, qui présenteront en prévision des déficits 2011 et 2012 respectivement de -560 millions d'euros et -640 millions d'euros.

En ce qui concerne la caisse de retraite de la SNCF, il est proposé de fixer un double plafond :

- de 650 millions d'euros à titre principal, permettant de couvrir les besoins de trésorerie de la majeure partie de l'année ;

- de 1 600 millions d'euros à titre dérogatoire, du 1^{er} au 15 janvier et du 15 au 31 décembre 2012, afin de couvrir le versement anticipé des pensions en fin d'année.

Enfin, il est proposé de maintenir les plafonds de la CNIEG et de la RATP aux niveaux votés en 2011, ainsi que de remonter légèrement celui de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (900 millions d'euros en 2012, contre 800 millions d'euros en 2011).

Les éléments détaillés sont présentés dans l'annexe 9 au présent projet de loi.

QUATRIEME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 33

- ① I. – L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La deuxième phrase du 1° est remplacée par les dispositions suivantes :
- ③ « À cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'État précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ; ».
- ④ 2° Le douzième alinéa de l'article L. 161-37 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤ « Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces. »
- ⑥ II. – Après l'article L. 161-37 du même code, il est inséré un article L. 161-37-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 161-37-1.* – Toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du présent code et L. 5123-2 du code de la santé publique pour laquelle est requise une évaluation médico-économique en application du 1° de l'article L. 161-37 est accompagnée du

versement par le demandeur d'une taxe additionnelle dont le barème est fixé par décret dans la limite de 4580 €

- ⑧ « Son montant est versé à la Haute Autorité de santé. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État. »
- ⑨ III. – L'article L. 161-41 du même code est ainsi modifié :
- ⑩ 1° Au deuxième alinéa, les références : « L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code » sont remplacées par les références : « L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code ».
- ⑪ 2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « La dénomination, la composition et les règles de fonctionnement de la commission spécialisée mentionnée au douzième alinéa de l'article L. 161-37 sont définies par la Haute Autorité de santé. »
- ⑬ IV. – Le 5° de l'article L. 161-45 du même code est ainsi rédigé : « Le montant des taxes mentionnées à l'article L. 161-37-1 ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ».
- ⑭ V. – Au premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du même code, après les mots : « amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, », sont insérés les mots : « le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ».
- ⑮ VI. – Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5 du même code, les mots : « et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code » sont remplacés par les mots : « , de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique ».
- ⑯ VII. – Au premier alinéa de l'article L. 162-16-6 du même code, les mots : « et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « , de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique ».

- ⑰ VIII. – Au 4° *bis* de l'article L. 162-17-4 du même code, après les mots : « des études pharmaco-épidémiologiques », sont insérés les mots : « et des études médico-économiques, ».
- ⑱ IX. – Au dernier alinéa de l'article L. 165-2 du même code, après les mots : « de l'amélioration éventuelle de celui-ci, », sont insérés les mots : « le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ».
- ⑲ X. – Au 2° du II de l'article L. 165-3 du même code, les mots : « d'études de suivi » sont remplacés par les mots : « d'études, y compris d'études médico-économiques, ».

Exposé des motifs

La Haute Autorité de santé (HAS) a pour mission, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, d'émettre des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces (article L. 161-37 du code de la sécurité sociale).

Cette évaluation médico-économique, qui repose sur la comparaison des différentes thérapeutiques pertinentes en prenant en compte simultanément leurs coûts et leurs conséquences, permet de mieux analyser l'efficacité attendue ou constatée des produits de santé remboursés au regard des alternatives disponibles et constitue ainsi un levier essentiel d'optimisation des décisions en matière de fixation du prix des traitements et des conditions de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Pour que cet outil puisse pleinement jouer son rôle, il est ainsi proposé de renforcer la mission médico-économique de la HAS dans tous les domaines où l'identification des stratégies de soins, de prescription et de prise en charge fait apparaître des enjeux importants, notamment au plan financier.

La commission spécialisée dans le domaine de l'évaluation médico-économique des produits de santé voit son champ de compétence étendu et ses avis pris en compte pour fixer les prix des produits de santé et décider ou non de l'opportunité de leur prise en charge. Toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique sera accompagnée du versement d'une taxe additionnelle. Le CEPS pourra enfin prononcer des sanctions financières en cas de non réalisation ou de retard à la réalisation d'études médico-économiques par les entreprises.

Article 34

- ① L'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi modifié :
- ② 1° Au I, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « six ans » ;
- ③ 2° Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé peuvent prévoir, dès 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations. »

Exposé des motifs

De nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé destinés à permettre de compléter le paiement à l'acte ou de s'y substituer ont été introduits, sur le fondement de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, dans le cadre d'une expérimentation devant prendre fin au 31 décembre 2012.

Ces expérimentations, qui concernent 150 maisons, pôles et centres de santé en France, ont nécessité une élaboration technique qui n'a permis leur déploiement opérationnel qu'au 1^{er} janvier 2010, pour six régions et au 1^{er} janvier 2011 pour l'ensemble du territoire. Une période de deux ans apparaît trop limitée, notamment au regard des cinq années initialement prévues, pour qu'une évaluation de leurs résultats puisse être utilement réalisée. Il est donc nécessaire de les proroger.

Article 35

- ① Après le deuxième alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :
- ② « Ils fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé, dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé. En cas d'absence de publicité des résultats des indicateurs ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'agence

régionale de santé peut faire application des dispositions prévues au septième alinéa de l'article L. 6114-1 ».

Exposé des motifs

Il est proposé d'intégrer dans les CPOM des objectifs de performance au regard des résultats de l'établissement de santé sur une série d'indicateurs de performance rendus publics tous les ans. Ces indicateurs, définis de manière limitative par voie réglementaire, déclineront les axes considérés comme prioritaires pour améliorer la performance des organisations hospitalières. À titre indicatif, ces objectifs pourraient être le taux d'occupation des plateaux techniques, le taux de chirurgie ambulatoire, la durée moyenne de séjour, etc.

Le non respect de ces objectifs de même que le défaut d'établissement ou de publicité des résultats des indicateurs en cause pourront amener à une sanction prononcée par le directeur général de l'ARS.

Article 36

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au chapitre V du titre III du livre quatrième de la première partie, il est ajouté une section V ainsi rédigée :
 - ③ *« Section V*
 - ④ *« Fonds d'intervention régional*
 - ⑤ *« Art. L. 1435-8. – Il est créé un fonds d'intervention régional. Ce fonds finance, sur décision des agences régionales de santé des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :*
 - ⑥ *« 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;*
 - ⑦ *« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des établissements de santé et médico-sociaux ou des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;*

- ⑧ « 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;
- ⑨ « 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;
- ⑩ « 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- ⑪ « 6° La prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire ;
- ⑫ « 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets.
- ⑬ « Les financements alloués aux établissements de santé, ainsi que les engagements pris par ces derniers, font l'objet d'une inscription et d'une évaluation dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.
- ⑭ « *Art. L. 1435-9.* – Les ressources du fonds sont constituées par :
- ⑮ « 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;
- ⑯ « 2° Une dotation de l'État ;
- ⑰ « 3° Le cas échéant, une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- ⑱ « 4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. »
- ⑲ « Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :
- ⑳ « 1° Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement

d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

- ⑳ « 2° Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.
- ㉑ « *Art. L. 1435-10.* – Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.
- ㉒ « La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.
- ㉓ « La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.
- ㉔ Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.
- ㉕ « *Art. L. 1435-11.* – Les modalités d'application de la présente section sont fixées, sauf mention contraire, par décret en Conseil d'État. »
- ㉖ 2° Le 6° de l'article L. 1432-6 est supprimé.
- ㉗ 3° Après le quatrième alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré les dispositions suivantes : « Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 ».
- ㉘ 4° Au deuxième alinéa de l'article L. 1434-6, la deuxième phrase est remplacée par les dispositions suivantes : « Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9 ».
- ㉙ 5° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes : « La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à

l'article L. 1435-8 et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. »

- ① 6° L'article L. 6323-5 est modifié comme suit :
- ② a) Les mots : « du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8 ».
- ③ b) La dernière phrase de cet article est supprimée.
- ④ II. – Le code de la sécurité sociale est modifié comme suit :
- ⑤ 1° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Au I, le deuxième alinéa est remplacé par la phrase suivante : « Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ; les troisième, quatrième et sixième alinéas sont supprimés.
- ⑦ b) Au 3° du IV, les mots : « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés.
- ⑧ c) Au V, à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « réparti la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les ARS et » sont supprimés. La dernière phrase du premier alinéa est supprimée. Au deuxième alinéa, la seconde phrase est supprimée.
- ⑨ d) Au VI, la seconde phrase du premier alinéa est supprimée.
- ⑩ 3° À l'article L. 162-45, les mots : « le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et » sont supprimés.
- ⑪ III. – L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est modifié ainsi qu'il suit :
- ⑫ 1° Le II, le III *bis*, le III *quater*, le premier alinéa du IV et le V *bis* sont abrogés ;
- ⑬ 2° Au premier alinéa du III, les mots : « et de fonctionnement » sont supprimés.
- ⑭ IV. – Les dispositions, des 5° et 6° du I, du II et du III du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

- ④⑤ V. – Pour l'année 2012, sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, les ressources du fonds d'intervention régional comprennent également :
- ④⑥ 1° Une part de la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins visé à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- ④⑦ 2° Une part de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés visé à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.
- ④⑧ L'arrêté mentionné au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique fixe également, en 2012, le montant des parts mentionnées aux deux alinéas précédents.

Exposé des motifs

L'ambition d'une vision globale de la santé et d'un décloisonnement entre les logiques de soins et de prévention, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social se heurte au maintien d'un certain cloisonnement des circuits financiers, qui se double d'un fort fléchage national de nombre d'entre eux.

Ce constat a été dressé par des rapports parlementaires récents qui ont notamment pu voir dans l'exercice de fongibilité entre deux fonds, le FIQCS et le FMESPP, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le commencement de fonds régional d'intervention.

La création d'un « fonds d'intervention régional » (FIR) portant les moyens de financement des politiques proches ou complémentaires dans les champs notamment de la performance, de la continuité et de la qualité des soins, permettra une dépense plus efficiente. L'intégration de crédits dédiés à la prévention donnera également la possibilité de mettre en œuvre la fongibilité asymétrique. L'utilisation des crédits du fonds par les ARS fera l'objet d'un bilan annuel dans l'annexe 7 de la loi de financement de la sécurité sociale, retraçant notamment la destination finale des crédits par sous-objectif de l'ONDAM.

La création de ce fonds, dont les dotations 2012 dépasseront vraisemblablement 1,5 Md€ et qui est appelé à croître progressivement s'il donne satisfaction dans son fonctionnement et dans ses résultats, constitue

une innovation importante dans la déclinaison de la politique de santé au plan financier.

Article 37

- ① À compter de l'exercice 2012 et pour une période ne pouvant excéder trois ans, des expérimentations peuvent être menées sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes mentionnés à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.
- ② Pour les besoins de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins prévues par les dispositions du 1° de cet article en introduisant une modulation de ce forfait en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité, dont la liste est fixée par décret.
- ③ Les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont déterminées par un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'État.
- ④ Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé dont la liste est fixée par un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale. Celles-ci sélectionnent les établissements participant à l'expérimentation parmi les établissements volontaires, en fonction de critères définis dans le cahier des charges national.
- ⑤ Un bilan annuel des expérimentations est réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale d'après les éléments transmis par les agences régionales de santé et transmis au Parlement. Un rapport d'évaluation est réalisé avant le terme de l'expérimentation, en vue d'une éventuelle généralisation.

Exposé des motifs

L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Md€ au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, plus d'1 Md€ à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère polyopathologique du grand âge).

La présente mesure vise à permettre une meilleure prise en compte de la qualité dans la détermination des ressources des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Elle prévoit à cet effet une expérimentation de trois ans qui permettra de valider les indicateurs de la qualité de prise en charge et de définir les conditions de modulation des ressources à partir du score réalisé par les établissements.

Article 38

- ① L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :
- ③ a) Au *a* bis du 1, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 12 % » est remplacé par le taux : « 13 % » ;
- ④ b) Au *a* bis du 2, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 38 % » est remplacé par le taux : « 39 % » ;
- ⑤ 2° Le dernier alinéa du III est ainsi modifié :
- ⑥ a) Le pourcentage : « 38 % » est remplacé par le taux : « 40 % » ;
- ⑦ b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Pour l'année 2012, ce taux est fixé à 39 % » ;
- ⑨ 3° Le V est ainsi modifié :
- ⑩ a) Au *a* bis, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 2 % » est remplacé par le taux : « 1 % » ;
- ⑪ b) Au *b* bis, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 2 % » est remplacé par le taux : « 1 % ».

Exposé des motifs

Les débats sur la dépendance ont montré que le nombre de places était globalement satisfaisant, notamment au regard des ouvertures déjà programmées dans le cadre du PSGA. Ils ont néanmoins souligné le besoin de rénovation de certains établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Sur la base de ces constats, il est proposé de consacrer

en 2012 48 M€ à un plan d'aide à l'investissement pour le secteur des personnes âgées et handicapées.

Cet article prévoit donc la mise en œuvre pour 2012 de ce plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le secteur médico-social dont le financement sera assuré par l'affectation de 2 % des recettes de Contribution sociale pour l'autonomie (CSA) prélevés sur la section I de la CNSA.

Article 39

- ① L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 6°, il est inséré les dispositions suivantes :
- ③ « 7° La tarification de frais de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;
- ④ « 8° La rémunération, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologie chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;
- ⑤ « 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des dispositions des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique ;
- ⑥ « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés au 7° et au 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt-et-un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3. »

- ⑦ 2° L'article est complété par les dispositions suivantes :
- ⑧ « Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6°, 7° et 8° entre en vigueur au plus tôt dans un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure. »
- ⑨ « Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6°, 7° et 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. À défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante. »
- ⑩ « Les dispositions du II de l'article L. 162-14-1 sont applicables aux pharmaciens titulaires d'officine. »

Exposé des motifs

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) intitulé « Pharmacies d'officine : rémunération, mission, réseau » publié en juin 2011 souligne l'inadéquation des modalités de rémunération et d'exercice de l'activité officinale au contexte économique actuel d'une part et aux missions de santé publique qui relèvent de cette profession d'autre part.

La rémunération fondée sur une marge par boîte vendue fait du prix des produits et de leur évolution un déterminant de la dispensation, ce qui relève d'une approche réductrice de l'activité officinale.

Conformément aux propositions de ce rapport, le présent article vise à introduire progressivement dans la rémunération officinale une part croissante dissociée du prix des produits vendus. Cette rémunération serait constituée pour partie d'une rémunération de l'acte de dispensation et pour partie d'une rémunération à la performance sur la base d'objectifs de santé publique (accompagnement des patients chroniques ou suivi du calendrier vaccinal par exemple) et d'efficience des dépenses. L'objet de la convention pharmaceutique prévue par le code de la sécurité sociale est modifié à cet effet.

Le présent article permet par ailleurs aux pharmaciens d'officine de conclure avec l'UNCAM et d'autres professionnels de santé des accords conventionnels interprofessionnels. Il est proposé, parallèlement, d'accompagner et de maîtriser la recomposition du réseau officinal en permettant à la convention pharmaceutique de déterminer des objectifs de recomposition du réseau.

Article 40

- ① I. – L'article L. 162-22-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « Dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du I du même article, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance-maladie sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ».
- ③ II. – Le 1° de l'article L. 174-3 du même code est complété par les mots : « sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 ».
- ④ III. – Après l'article L. 174-19 du même code, il est inséré un article L. 174-20 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 174-20.* – Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par

un régime d'assurance régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.

⑥ « Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret. »

⑦ IV. – Au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, après les mots : « un régime d'assurance maladie », sont insérés les mots : « , sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale et ».

Exposé des motifs

La tarification des prestations de soins et d'hébergement des patients étrangers non assurés sociaux en situation régulière sur le territoire est aujourd'hui réalisée sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP).

Cette modalité de facturation pose deux types de problèmes. D'une part, la facturation sur la base des TJP ne permet pas toujours de couvrir l'intégralité des dépenses engagées par l'établissement pour la prise en charge du patient, en particulier lorsque la durée d'hospitalisation est courte et que des molécules onéreuses (MO) ou des dispositifs médicaux implantables (DMI) sont utilisés. D'autre part, ces règles de facturation strictes, directement liées à la durée du séjour, ne permettent pas aux établissements qui le souhaiteraient de développer une offre de soins programmés spécifiquement à destination des patients étrangers fortunés et de valoriser outre les soins et l'hébergement, des prestations annexes.

L'objectif de la mesure proposée est ainsi de permettre aux établissements qui le souhaitent de déroger aux règles de facturation existantes pour la prise en charge en soins programmés des patients étrangers en situation régulière, ne relevant ni d'un régime de sécurité sociale obligatoire français ni d'un régime de sécurité sociale coordonné avec les régimes français (union européenne, espace économique européen et conventions bilatérales de sécurité sociale).

Article 41

- ① L'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :
- ② 1° Le III est ainsi modifié :
- ③ a) Le premier alinéa est complété par les mots : « dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée ».
- ④ b) Après le premier aliéna, sont insérées les dispositions suivantes :
- ⑤ « Le fonctionnaire doit présenter une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé auprès du comité médical.
- ⑥ « Le comité médical informe le service du contrôle médical compétent de la demande du fonctionnaire.
- ⑦ « Dès qu'il est informé de la demande, le service du contrôle médical établit un dossier comportant obligatoirement :
- ⑧ « 1° L'avis du médecin nommément désigné ;
- ⑨ « 2° L'avis du médecin conseil accompagné de tous les éléments et pièces justificatives d'ordre médical ayant motivé cet avis ;
- ⑩ « 3° Les motifs invoqués par le fonctionnaire à l'appui de la demande ;
- ⑪ « 4° L'énoncé de la question posée au comité médical.
- ⑫ « Le service du contrôle médical adresse au comité médical ce dossier, dans les quinze jours qui suivent la réception de la demande, par pli recommandé avec demande d'avis de réception.
- ⑬ « Le comité médical établit ses conclusions motivées et les fait parvenir au fonctionnaire, à l'administration et au service du contrôle médical de la caisse. »
- ⑭ 2° Au IV, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « quatre ans ».
- ⑮ 3° Le V est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑩ « Les collectivités territoriales qui ont signé des conventions en application du V du présent article entre la fin du délai de signature prévu à ce même article et le 31 décembre 2011 sont autorisées à participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012 ».

Exposé des motifs

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit d'expérimenter pendant deux ans le contrôle administratif et médical des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie.

Comme pour toute expérimentation qui débute, une phase d'ajustement technique, mais aussi de communication et de sensibilisation des participants, a été nécessaire, ce qui a retardé son démarrage effectif et empêché les premiers résultats agrégés par la CNAMTS d'être interprétables pour décider d'une éventuelle généralisation.

Il est donc proposé de prolonger l'expérimentation de deux ans afin de permettre la montée en charge du dispositif et ainsi de bénéficier du recul nécessaire pour l'évaluer.

Le présent article prévoit par ailleurs de permettre aux collectivités locales, qui se sont déclarées volontaires avant le 31 décembre 2011 mais n'ont pu signer leur convention locale dans des délais prévus par la LFSS pour 2010, de participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012.

Enfin, il autorise le médecin conseil à transmettre au comité médical, saisi par le fonctionnaire en cas de contestation de la décision prise par son administration suite à l'avis du médecin conseil, les éléments médicaux ayant fondé cet avis et à permettre ainsi au comité médical de prendre position en toute connaissance de cause.

Article 42

Les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

La participation forfaitaire de 1 € et les franchises médicales découlant respectivement de la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 sont applicables au régime minier comme dans tous les autres régimes d'assurance maladie.

Toutefois, essentiellement pour des raisons qui tiennent aux modalités de prise en charge des affiliés du régime minier dans les structures de soins qu'il gère en interne (absence d'avance de frais), l'application de ces deux dispositifs n'a pas été mise en œuvre.

En contrepartie, le Gouvernement a mis fin par un décret du 31 décembre 2009, aux modalités plus favorables de prise en charge des affiliés, disparates d'une région à l'autre, en matière de transport en ambulance, de cures thermales et de remboursements de produits pharmaceutiques, maintenues provisoirement par le décret 24 décembre 1992.

Dans le cadre d'un document d'orientation sur l'avenir du régime minier, présenté le 12 mai 2011 aux fédérations syndicales minières, le Gouvernement s'est engagé à garantir, au niveau de la loi, une prise en charge effective à 100 % des dépenses de soins des affiliés du régime. Le présent article met en œuvre cet engagement.

Article 43

- ① I. – À l'article L. 161-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « de l'assurance maternité », sont insérés les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle visée à l'article L. 351-9 ».
- ② II. – À l'article L. 311-9 du même code, après les mots : « état de maladie », sont insérés les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle visée à l'article L. 351-9 ».

Exposé des motifs

Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse, quelle que soit leur durée d'assurance, ont aujourd'hui droit aux prestations en nature d'assurance maladie, du fait de leur qualité de pensionné. Ce droit est

ouvert à tous les pensionnés, y compris ceux qui ont peu travaillé en France et bénéficient d'une très faible pension française, à laquelle est substitué un versement forfaitaire unique, égal à quinze fois le montant annuel de cette pension.

Ainsi, des personnes ayant très faiblement cotisé à l'assurance vieillesse française et dont la pension a été liquidée sous forme de capital, qui dépendent donc d'autres revenus au quotidien, sont à la charge d'un régime français d'assurance maladie sans qu'un lien contributif passé ou présent ait été noué avec ce régime.

Le présent article supprime ce lien automatique entre qualité de pensionné et bénéfice d'un régime français d'assurance maladie.

Les intéressés continueront de bénéficier d'une couverture maladie en tant qu'ayant droit ou de bénéficiaire de la CMU, ou en tant qu'affilié d'un régime étranger servant leur pension principale.

Article 44

À l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou L. 732-18-2 » sont remplacés par les mots : « , L. 732-18-2 ou L. 732-18-3 ».

Exposé des motifs

La pension d'invalidité versée aux assurés du régime général prend normalement fin à l'âge légal du départ en retraite. Son versement est toutefois suspendu dans les différents cas de liquidation d'une retraite anticipée.

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a mis fin au versement de la pension d'invalidité lorsqu'une pension de retraite à raison de la pénibilité a été liquidée. Ces dispositions sont applicables au régime général et, par renvoi du code rural et de la pêche maritime au code de la sécurité sociale, au régime des salariés agricoles. En revanche, elle ne s'applique pas à la retraite pour pénibilité versée au titre du régime des non-salariés agricoles, qui fait l'objet de dispositions spécifiques.

Il convient en conséquence de modifier l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale pour permettre la suspension de la pension d'invalidité versée par le régime général à un assuré ayant fait liquider une

pension de retraite pour pénibilité au titre du régime des non-salariés agricoles.

Article 45

- ① Le III *ter* de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « III *ter* – Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation. »

Exposé des motifs

L'article 40 de la LFSS pour 2001 prévoit, à l'heure actuelle, la possibilité, pour le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de financer l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour ses missions de conception et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la LFSS pour 2007, qui prennent fin au 1^{er} janvier 2012 et qu'il n'est pas envisagé de prolonger.

L'ATIH continue néanmoins de réaliser certaines études, par exemple sur la tarification à l'activité (T2A) ou la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), dont le financement doit pouvoir être assuré par le FMESPP.

Le présent article modifie donc l'article 40 de la LFSS pour 2001 afin de permettre au FMESPP d'assurer ce financement.

Article 46

- ① 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 2012. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012.
- ② 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 385,87 millions d'euros pour l'année 2012.

- ③ III. – 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, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 55 millions d'euros pour 2012.
- ④ IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2012, à 161 millions d'euros.
- ⑤ V. – Le montant de la contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnement en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique est fixée à 64,55 millions d'euros pour l'année 2012 qui seront répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.
- ⑥ VI. – 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, pour l'année 2012, à 20 millions d'euros.

Exposé des motifs

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, 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. Le I du présent article fixe le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie à son financement à hauteur de 250 millions d'euros pour 2012.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé le financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui intervient principalement en matière d'accompagnement social avant que ses compétences n'aient été progressivement élargies pour permettre un appui plus global à la restructuration et à l'efficacité des soins. Le II du présent article fixe le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour l'année 2012 qui s'élèvera à 385,87 millions d'euros.

Créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'Office National

d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une dotation de l'assurance maladie pour sa mission de d'indemnisation des accidents médicaux et du VIH. Le III du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie à 55 M€ pour 2012.

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 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 par la loi de financement de la sécurité sociale. Faute de connaissance au moment des transferts personnel de l'assurance maladie aux ARS en avril 2010 de la rémunération, agent par agent, des effectifs transférés, le montant de la contribution avait été fixé en tenant compte d'hypothèses de rémunération moyenne par types d'agents (personnel médical, personnel administratif cadre et non cadre). Le montant des rémunérations réellement constatées en ARS fait apparaître un besoin de financement en rythme de croisière de 161 millions d'euros supérieur au chiffre de 151 millions d'euros retenu en LFSS pour 2011. Le IV du présent article fixe donc le montant des dotations pour 2012 à 161 M€ Les montants indiqués prennent en compte les efforts de gestion demandés à l'ensemble des opérateurs de service public, qu'ils concernent le non remplacement d'un départ à la retraite sur deux ou l'optimisation des dépenses de fonctionnement.

Aux termes de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, la contribution de la CNSA aux budgets des ARS pour le financement d'actions en direction des personnes handicapées et personnes âgées est déterminée annuellement en loi de financement de la sécurité sociale. Le V du présent article fixe cette contribution à 64,55 M€ pour l'année 2012 afin de poursuivre le déploiement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), MAIA (maisons pour l'autonomie et d'intégration des malades d'Alzheimer), les actions de formations et de professionnalisation du secteur de l'aide à domicile ainsi que les formations des acteurs à l'utilisation des référentiels d'évaluation de la perte d'autonomie (AGGIR) et des besoins en soins (PATHOS).

L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a été institué par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007. Il doit assurer la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire, acquérir, fabriquer et distribuer des produits et services tels que des médicaments, des masques de protection, des respirateurs, des transports sanitaires nécessaires à la protection de la population face aux menaces

sanitaires graves, et gérer le stock santé national afin d'en assurer le renouvellement et l'accroissement en fonction de l'avancée des connaissances scientifiques sur les menaces identifiées.

Compte tenu de la subvention pour charge de service publique qui sera versée par l'État en 2012 à l'EPRUS, le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS est fixé par le VI du présent article à 20 millions d'euros pour l'année 2012.

Article 47

- ① Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 186,8 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 162,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2012 pour la branche maladie de l'ensemble des régimes de base serait plus élevé de 5,5 milliards d'euros que l'objectif 2011, soit une progression de 3,0 %. L'objectif de dépenses 2012 pour la branche maladie du régime général serait quant à lui plus élevé de 4,8 milliards d'euros (+3,0 %) que l'objectif 2011.

Ces augmentations limitées résultent des efforts continus de maîtrise des dépenses qui trouvent leur traduction, pour ce qui concerne la branche maladie, dans l'ONDAM 2012, dont la croissance est contenue à hauteur de 2,8 %, ce qui représente des économies de l'ordre de 2,2 milliards d'euros.

Article 48

- ① Pour l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	79,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	19,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ..	8,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
Total.....	171,7

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2012 est de 171,7 milliards d'euros. Cet objectif permet une progression des dépenses de 2,8 % par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l'année 2011, après prise en compte des mesures de transferts intervenant sur le périmètre de l'ONDAM. À champ constant, la progression en valeur absolue des dépenses s'établira à plus de 4,7 milliards d'euros, en intégrant des mesures d'économie à hauteur de 2,2 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses. L'annexe 7 au présent projet de loi de financement présente de façon détaillée les conditions de la construction de l'ONDAM pour 2012.

Le présent projet de loi fixe le taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier à 2,7 %, à parité avec celui de l'enveloppe des soins de ville. La progression de 4,2 % des dépenses en faveur des établissements et services pour personnes handicapées et âgées traduit la priorité accordée à ce secteur depuis plusieurs années déjà. Ce taux d'évolution tient compte du changement de budgétisation de ces dépenses intervenu en 2011 : les autorisations d'engagement, qui correspondent aux autorisations d'ouverture de places pour mener à bien les plans (plan de solidarité grand-âge, plan Alzheimer, plan de création de places pour enfants et adultes handicapés, ...) sont désormais distinguées des crédits de paiement qui figurent dans l'ONDAM et qui sont la traduction des ouvertures réelles de places sur le terrain. Cette adaptation du rythme de décaissement des

crédits, qui n'entame en rien la poursuite des plans, permet d'éviter les sous-consommations de crédits constatées par le passé.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 49

- ① I. – L'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « 7° Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles toute personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport ».
- ③ II. – L'État prend en charge chaque année, pour les trimestres validés au cours de l'année civile précédente et sur une base forfaitaire fixée par décret, les coûts que représentent, pour l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, les dispositions du 7° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.
- ④ III. – Le présent article est applicable aux périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport postérieures au 31 décembre 2011.
- ⑤ IV. – Au premier alinéa de l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article L. 351-3 », sont insérés les mots : « à l'exception de son 7° ».
- ⑥ V. – À l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « titre V à l'exception du chapitre VII » sont remplacés par les mots : « titre V à l'exception du 7° de l'article L. 351-3 et du chapitre VII ».

Exposé des motifs

Lors de ses vœux au monde sportif, le Président de la République a annoncé la mise en place en 2011 au profit de 2 500 à 3 000 athlètes d'un dispositif d'ouverture de droits à la retraite spécifique pour les sportifs

amateurs de haut niveau représentant la France dans les compétitions internationales. Compte tenu des exigences croissantes du sport de haut niveau, il est de plus en plus difficile pour ces sportifs de conserver une activité professionnelle à temps plein et de valider des années complètes de droits à la retraite.

Il est donc proposé que les périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau soient assimilées à des périodes d'assurance vieillesse : l'acquisition des périodes assimilées, au régime général d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, se fera de façon subsidiaire à l'acquisition de trimestres liée à l'activité professionnelle, et dans la limite de seize trimestres par bénéficiaire.

Le coût de cette mesure pour le régime général sera compensé par l'État, selon des modalités de calcul définies par décret.

Article 50

- ① I. – Au troisième alinéa du III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les mots : « pour ce calcul » sont remplacés par les mots : « pour le calcul de la durée d'assurance mentionnée au premier alinéa du présent III ».
- ② II. – Au second alinéa de l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour ce calcul » sont remplacés par les mots : « dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »
- ③ III. – Le quatrième alinéa de l'article L. 643-3 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④ « La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret

fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

⑤ IV. – Le quatrième alinéa de l'article L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

⑥ « La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

⑦ V. – L'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑧ « Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la durée minimale mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

⑨ VI. – Le présent article n'est pas applicable aux assurés qui remplissent, avant le 1^{er} janvier 2013, les conditions d'âge et de durée d'assurance ouvrant droit au bénéfice de la majoration de pension prévue au III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, à l'article L. 351-1-2 et au quatrième alinéa des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Exposé des motifs

Le présent article tend à préciser la rédaction de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article L. 351-1-2 du

code de la sécurité sociale qui, dans leur rédaction issue de l'article 50 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, soulèvent des difficultés d'interprétation. Il permettra ainsi de rendre effective l'exclusion des périodes non cotisées du calcul du nombre de trimestres au-delà duquel le droit à la « surcote » est ouvert, laquelle a été conçue uniquement pour valoriser les prolongations d'activité. Les règles en matière de « surcote » sont à cette occasion harmonisées dans l'ensemble des régimes de retraite de base (professions libérales, avocats et non salariés agricoles).

Article 51

- ① I. – Après l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 382-29-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 382-29-1.* – Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1° dudit article, les périodes de formation, accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte, qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes. »
- ③ II. – Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2012.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet d'instituer au profit des assurés relevant du régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses (CAVIMAC) un dispositif de validation à titre onéreux des périodes de formation à la vie religieuse, antérieures à l'affiliation au régime, sur le modèle du dispositif de rachat des années d'études existant dans le régime général et les régimes alignés sur lui.

Jusqu'au 1^{er} juillet 2006, ces périodes de formation ne constituaient pas des périodes d'affiliation au régime de la CAVIMAC et ne permettaient donc pas aux intéressés d'acquérir des droits à retraite. La mesure proposée vise en conséquence à permettre à ceux d'entre eux qui le souhaitent d'améliorer leurs droits à retraite, en contrepartie du versement de cotisations au régime. Comme en matière de rachat d'années d'étude, le barème de rachat de ces périodes de formation à la vie religieuse sera actuariellement neutre.

La mesure vise également à étendre aux ressortissants de la CAVIMAC les possibilités de rachat d'années d'études aux périodes accomplies antérieurement au 1^{er} janvier 1998.

Article 52

- ① Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 210,5 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 110,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif dépenses 2012 de la branche vieillesse du régime général augmente de 3,9 % par rapport à l'objectif 2011. Il en est de même pour l'objectif 2012 consolidé sur l'ensemble des régimes de base.

Cette progression relativement modérée traduit la poursuite de la montée en charge de la réforme des retraites entamée en 2011. Le report de l'âge de départ à la retraite permettra de dégager une économie de 1,3 milliard d'euros en 2012 par rapport à la croissance spontanée des dépenses en l'absence de réforme.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses des accidents de travail et de maladies professionnelles

Article 53

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2012, à 790 millions d'euros.

Exposé des motifs

Cet article fixe, en application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, le montant du versement à la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La commission prévue à l'article L. 176-2 du même code, chargée d'évaluer le montant annuel de cette sous-déclaration, s'est réunie au cours du second trimestre 2011 sous la présidence de M. DIRICQ, conseiller-maître à la Cour des comptes, et a rendu son rapport. Au terme de ses travaux, la commission a évalué le montant de la sous déclaration dans une fourchette comprise entre 587 et 1 110 M€ soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui de 2008 (565 à 1 015 M€).

Au regard de cette estimation, il est proposé de majorer le montant du versement à la branche maladie de 80 M€, ce qui le portera à 790 M€

Article 54

- ① 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 d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2012.
- ② 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 de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 890 millions d'euros pour l'année 2012.

Exposé des motifs

I. – 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'État. 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 1^{er} juillet.

Pour 2012, les dépenses devraient s'élever à 450 M€, dont 441 M€ au titre des indemnisations, provisions incluses. Sur cette base, compte tenu des autres produits et du résultat net cumulé prévu pour 2011 (165 M€), il est proposé que la dotation allouée au FIVA au titre de 2012 soit fixée à 315 M€

II. – Au 31 décembre 2010, 30 595 personnes bénéficiaient de versements du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Le Fonds est revenu à l'équilibre en 2010 avec un solde excédentaire positif de 9 M€. Toutefois, il convient d'apurer à terme la dette de 305 M€ du FCAATA envers la CNAMTS correspondant aux

avances faites par cette dernière afin d'assurer les prestations du Fonds. C'est pourquoi le II du présent article fixe la dotation de la branche AT-MP à 890 M€

Article 55

Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 est fixé à 110 millions d'euros pour l'année 2012.

Exposé des motifs

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré une retraite à raison de la pénibilité.

Ce dispositif est ouvert aux assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle ». Applicable depuis le 1^{er} juillet 2011, il a pour finalité d'abaisser, pour ces personnes, l'âge légal d'ouverture du droit à pension à soixante ans et de calculer au taux plein la pension quelle que soit la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes.

L'article 81 de cette loi prévoit que les dépenses supplémentaires liées à ce dispositif sont financées par une contribution de la branche accidents du travail – maladies professionnelles à la branche retraite dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le montant de la dotation voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 était de 35 M€ Compte tenu des prévisions de dépenses pour 2012, cet article fixe à 110 M€ le montant de la contribution de la branche pour l'année 2012.

Article 56

- ① Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;

- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La branche AT-MP bénéficie d'une partie des économies opérées dans le champ de l'ONDAM qui recouvre pour partie celui des dépenses de cette branche. Les marges de manœuvres ainsi dégagées permettent d'augmenter la compensation envers la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail (+80 millions d'euros) et de poursuivre la montée en charge de la contribution au financement des départs en retraite anticipée à raison de pénibilité (+75 millions d'euros) tout en conservant une progression de l'objectif de dépenses tous régimes limitée à +2,6 % par rapport à l'objectif 2011 révisé.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 57

- ① I. – Le III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « III. – L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.
- ③ « Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :
- ④ – lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

- ⑤ – lorsque la personne seule ou l’un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code. »
- ⑥ II. – La seconde phrase de l’article L. 531-6 du même code est remplacée par les dispositions suivantes :
- ⑦ « Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d’enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :
- ⑧ – lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;
- ⑨ – lorsque la personne seule ou l’un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code. »
- ⑩ III. – L’article L. 531-7 du même code est ainsi modifié :
- ⑪ 1° La deuxième phrase devient le deuxième alinéa ;
- ⑫ 2° Le premier alinéa est complété par la phrase suivante : « Toutefois, le droit est ouvert à compter du premier jour du mois civil où les conditions en sont remplies lorsque un droit est déjà ouvert au titre d’un autre enfant. »

Exposé des motifs

Le présent article modifie les règles du complément de libre choix du mode de garde (CMG) afin d’améliorer la prestation, en particulier en faveur des familles monoparentales et des parents handicapés.

Les prestations versées dans le cadre de la PAJE pour solvabiliser la demande de garde, et en particulier les différents plafonds applicables au complément de libre choix de mode de garde (CMG), ne tiennent pas compte de certaines situations particulières. Aussi, afin d’ouvrir plus largement l’accès au CMG des familles monoparentales, qui représentent une famille sur cinq (trois sur dix dans les zones urbaines sensibles), le I et le II du présent article instituent le principe d’un barème de ressources majoré pour les personnes isolées, fixé par décret. La majoration sera de 40 %.

Les dispositions prévues au I et au II prévoient également d'aider plus particulièrement les parents handicapés ayant de jeunes enfants à assurer leurs fonctions d'éducation. L'aide financière envisagée permettra de mieux solvabiliser le recours pour ces parents handicapés à une aide à domicile chargée de s'occuper de leurs jeunes enfants. Cette aide prend la forme d'une majoration du CMG de 30 % en cas de situation de handicap de l'un des deux parents ou du parent isolé. Le champ de la mesure est circonscrit aux personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Enfin, le présent article prévoit de dispenser du dépôt d'une nouvelle demande de CMG pour un nouvel enfant les familles encore bénéficiaires d'un CMG au titre d'un précédent enfant. Cette mesure vise à simplifier les démarches de toutes les familles et à lever les difficultés aujourd'hui constatées en cas de seconde naissance.

Article 58

- ① Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ② « Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial.
- ③ « L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis à l'allocataire. »

Exposé des motifs

Le présent article réforme le régime d'attribution de l'allocation de soutien familial (ASF), comme le gouvernement s'y était engagé lors du débat parlementaire sur la LFSS pour 2011, en vue d'introduire de la cohérence dans le fonctionnement de la prestation et de mieux aider les familles monoparentales créancières d'une petite pension alimentaire.

Les effets pervers du régime actuel d'attribution de l'ASF différentielle, soulignés par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale en septembre 2010 et par le Haut conseil famille dans son avis sur les ruptures et les discontinuités de la vie familiale adopté lors de sa séance du 8 juillet 2010, rendent en effet nécessaire une réforme de son régime d'attribution pour les petites pensions alimentaires. Aujourd'hui, en cas de versement partiel par le débiteur du montant de la pension alimentaire, un complément d'ASF est versé dans la limite du montant de l'ASF si la pension est supérieure à l'ASF, mais dans la limite de la pension alimentaire seulement si celle-ci est inférieure à l'ASF. Cela est d'autant plus inéquitable qu'en cas de non versement total de la pension, et quel qu'en soit son montant, alors le montant entier de l'ASF est versé. Les débiteurs de petite pension ont donc intérêt à ne rien payer du tout, plutôt qu'à payer partiellement la pension.

Le Gouvernement souhaite désormais verser systématiquement ce complément dans la limite du montant de l'ASF, nonobstant le niveau de la pension fixée et la part versée par l'ex-conjoint, afin d'aider les familles monoparentales les plus fragiles dans un contexte de plus forte vulnérabilité de ce public.

Cette réforme permettra d'introduire un soutien financier supplémentaire à ces familles en corrigeant les inégalités de traitement entre les créanciers de petites pensions en cas de paiement partiel ou nul de la pension alimentaire.

Article 59

- ① Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 57,1 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale à 56,6 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2012 tous régimes est en augmentation de 2,8 % par rapport à l'objectif 2011. Il tient compte des mesures nouvelles en dépenses visant à améliorer les aides envers les familles monoparentales (au travers du relèvement du plafond de ressources du

complément mode de garde de la PAJE et de l'aménagement de l'allocation de soutien familial) et les parents handicapés (*via* l'augmentation du complément mode de garde de la PAJE).

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 60

Pour l'année 2012, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Exposé des motifs

Le 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse prend en charge une partie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale des dépenses de minimum contributif servi par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Cette opération, qui a eu pour conséquence de réduire les dépenses à la charge desdits régimes, a été permise grâce à l'affectation au FSV, à l'occasion de la réforme des retraites de 2010, de ressources nouvelles à hauteur de 3,5 Md€

Au titre de l'exercice 2011, le régime général a ainsi bénéficié de 3 Md€ de transfert, le régime des salariés agricoles de 0,4 Md€ et le RSI enfin de 0,1 Md€. D'après les données statistiques disponibles, ces montants correspondent à près de 56 % de la dépense totale des régimes.

Dans le prolongement de ce schéma, il est proposé, pour l'année 2012, de fixer la participation du FSV de façon à ce que ce dernier contribue globalement à hauteur des recettes qui lui ont été transférées à l'occasion du « Rendez-vous retraites ».

Au total, les recettes affectées au Fonds dans le cadre de la réforme des retraites sont estimées à 3,9 Md€ pour 2012. De façon symétrique, il est proposé que la prise en charge par le FSV du financement du minimum contributif progresse pour s'élever à 3,9 Md€

Article 61

- ① Pour l'année 2012, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

- ② *(En milliards d'euros)*

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,0

Exposé des motifs

La prévision de charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2012, d'un montant de 18,0 Md€, est en progression de 2,3 % par rapport à la prévision pour 2011 (17,6 Md€). Cette progression est essentiellement le fait des prises en charge de prestations (+5,8 %), parmi lesquelles la prise en charge par le Fonds d'une partie des charges du régime général et des régimes alignés au titre du minimum contributif sera portée à 3,9 Md€ en 2012 contre 3,5 Md€ en 2011. Les prises en charge de cotisations sont à l'inverse orientées à la baisse (-1,0 %), sous l'effet d'une diminution prévue des prises en charge au titre des périodes de chômage, l'effectif correspondant de demandeurs d'emploi diminuant sous l'effet de l'amélioration de l'emploi.

Section 6

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 62

- ① Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-2 ainsi rédigé :

- ② « Art. L. 114-12-2. – Chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale peut être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun à tout ou partie d'entre eux, ainsi qu'à d'autres organismes mentionnés à l'article L. 114-12-1, en vue de l'accomplissement de leurs missions.
- ③ Cette désignation peut être prévue par une convention conclue entre les organismes concernés et publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale ou, à défaut, par décret ».

Exposé des motifs

La mutualisation est un axe majeur du schéma directeur stratégique des systèmes d'information de la sécurité sociale qui contribue à la performance des régimes obligatoires de sécurité sociale en permettant de substantielles économies de gestion.

Ainsi, les coûts de développement de trois systèmes d'information mutualisés le plus récemment, sont évalués à 7 millions d'euros alors que sans mutualisation, ces trois projets auraient mobilisé plusieurs dizaines de millions d'euros dans la mesure où chaque organisme partie prenante aurait dû investir à son niveau plusieurs milliers de jours de développement.

L'objet du présent article est de sécuriser ces actions de mutualisation, en inscrivant dans la loi la possibilité pour un organisme d'être désigné comme chargé de l'étude, de la réalisation et de la mise en œuvre de projets mutualisés de systèmes d'information mettant en cause plusieurs branches, plusieurs régimes voire également d'autres organismes de protection sociale.

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 63

- ① I. – L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au début de l'article, il est inséré un « I. » ;
- ③ 2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :
- ④ a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

- ⑤ b) L'alinéa est complété par les mots suivants : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;
- ⑥ 3° Au huitième alinéa, les mots : « devant la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « devant le tribunal des affaires de sécurité sociale » ;
- ⑦ 4° La deuxième phrase du neuvième alinéa est supprimée ;
- ⑧ 5° Après le neuvième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑨ « La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations familiales, des dispositions de l'article L. 553-2 et, pour les retenues sur les prestations d'assurance vieillesse, de celles de l'article L. 355-2.
- ⑩ « L'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »
- ⑪ II. – L'article L. 133-4 du même code est ainsi modifié :
- ⑫ 1° La dernière phrase du huitième alinéa est supprimée ;
- ⑬ 2° Le neuvième alinéa est complété par les phrases suivantes : « Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. »
- ⑭ III. – Le IV de l'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :
- ⑮ 1° Le sixième alinéa est ainsi modifié :
- ⑯ a) La première phrase est complétée par les mots : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;
- ⑰ b) Les mots : « tribunal administratif » sont remplacés par les mots : « tribunal des affaires de sécurité sociale » ;
- ⑱ 2° La deuxième phrase du septième alinéa est supprimée ;
- ⑲ 3° Après le septième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

- ⑳ « La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est alors fait application des dispositions de l'article L. 133-4-1.
- ㉑ « L'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »
- ㉒ IV. – L'article L. 162-1-14-1 du même code est ainsi modifié :
- ㉓ 1° Au neuvième alinéa, après le mot : « récidive », sont ajoutés les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;
- ㉔ 2° Après le onzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉕ « Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux septième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 162-1-14. »
- ㉖ V. – Au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-14-2 du même code :
- ㉗ 1° Après le mot : « notifiée », sont insérés les mots : « et recouvrée » ;
- ㉘ 2° L'alinéa est complété par les mots : « La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ».
- ㉙ VI. – Au premier alinéa de l'article L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « définies pour la pénalité prévue à » sont remplacés par les mots : « définies, en matière de prestations familiales, aux sixième, septième, neuvième et dixième alinéas du I, à la seconde phrase du onzième alinéa du I et au II de ».
- ㉚ VII. – Les juridictions administratives demeurent compétentes pour connaître des recours formés devant elles contre les décisions prononçant les sanctions prévues aux articles L. 114-17, L. 162-1-14, L. 162-1-14-1 et L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale et pendant à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de préciser et d'harmoniser les dispositions relatives aux pénalités financières que les organismes de

sécurité sociale peuvent prononcer en cas de non respect des prescriptions du code de la sécurité sociale.

Les personnes qui méconnaissent les dispositions du code de la sécurité sociale peuvent se voir appliquer une pénalité financière en application des articles L. 114-17, L. 162-1-14, L. 162-1-14-1, L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale.

La pénalité ou la sanction financière sont contestables devant le tribunal administratif, leur recouvrement l'est devant le TASS. En conséquence, les justiciables qui entendent contester une même inobservation du code de la sécurité sociale donnant lieu à un recouvrement des indus et au prononcé d'une pénalité ou d'une sanction financières doivent engager deux actions contentieuses devant deux juridictions différentes d'où la complexité pour faire valoir leurs droits, les risques d'erreurs de saisine des juridictions et la longueur des délais de jugement. Il est donc proposé de transférer le contentieux des pénalités aux tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS).

Le présent article précise que l'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date de sa notification par le directeur de l'organisme concerné et retient une prescription des faits pouvant donner lieu à l'application d'une pénalité de 5 ans. Il harmonise les dispositions relatives aux pénalités que peuvent prononcer les organismes débiteurs de prestations familiales et d'assurance vieillesse avec celles prévues pour les organismes d'assurance maladie pour ce qui est du doublement de la pénalité en cas de récidive.

Il prévoit la possibilité pour les caisses de recouvrer les pénalités sur les prestations ou versements ultérieurs faits par la caisse à l'intéressé et pour les assurés et allocataires selon les mêmes dispositions prévues que pour le recouvrement des indus.

Article 64

- ① I. – L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La seconde phrase du septième alinéa est supprimée ;
- ③ 2° Au dernier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime ».

- ④ II. – Le chapitre VI du titre VII du livre III du même code est complété par un article ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 376-3-1.* – La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur de ce dernier.
- ⑥ « L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.
- ⑦ « Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.
- ⑧ « La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.
- ⑨ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »
- ⑩ III. – L'article L. 454-1 du même code est ainsi modifié :
- ⑪ 1° La seconde phrase du cinquième alinéa est supprimée ;
- ⑫ 2° Au dernier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural », sont remplacés par les mots : « ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime ».
- ⑬ IV. – Le chapitre IV du titre V du livre IV du même code est complété par un article ainsi rédigé :
- ⑭ « *Art. L. 454-2.* – La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur de ce dernier.

- ⑮ « L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.
- ⑯ « Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.
- ⑰ « La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.
- ⑱ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs

En cas d'accident impliquant un tiers responsable, les organismes de sécurité sociale sont habilités à lui réclamer ou à son assureur le remboursement des sommes qu'ils ont versées au titre de l'accident.

À l'heure actuelle, l'assureur du tiers responsable qui n'informe pas la caisse de sécurité sociale de la victime de l'accident dans les trois mois suivant la survenue de celui-ci est tenu de verser une indemnité d'un montant très faible, égal à 50 % de l'indemnité forfaitaire de gestion due au titre des frais de recours, soit une somme comprise en 2011 entre 48,50 € et 490 €

Le présent article prévoit que l'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation d'information ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire, une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

Article 65

- ① Au début de l'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :
- ② « Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires se communiquent toutes informations qui sont utiles :
- ③ 1° À l'appréciation et au contrôle par lesdits organismes des conditions d'ouverture ou de service des prestations versées ;
- ④ 2° Au recouvrement des créances détenues par ces organismes ;
- ⑤ 3° Aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français. »

Exposé des motifs

Dans le cadre du renforcement des actions des organismes en matière de gestion des droits et de la lutte contre la fraude, par exemple s'agissant des risques de fraudes au décès ou du remboursement des soins reçus à l'étranger, il apparaît nécessaire de mettre en œuvre des échanges d'informations plus systématiques.

À l'heure actuelle, les échanges d'informations entre les consulats et les organismes de sécurité sociale sont ponctuels et s'inscrivent dans le cadre des dispositions relatives au droit de communication. Seule la Caisse des Français de l'étranger (CFE) dispose de prérogatives plus importantes, à savoir recueillir de la part des autorités consulaires toutes les informations nécessaires à l'exercice de son contrôle, en vertu de l'article L. 766-1-2 du code de la sécurité sociale.

Ces échanges renforcés permettront également d'améliorer le contenu des vérifications sur la couverture maladie des demandeurs de visas de court séjour lors de l'instruction des demandes par les autorités consulaires.

Article 66

- ① I. – Après l'article L. 133-6-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-6-7-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 133-6-7-1.* – À défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenu au cours d'une période

d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire précisée par décret en Conseil d'État.

- ③ « L'organisme qui prononce cette radiation en informe les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. »
- ④ II. – Le 2° de l'article L. 8221-3 du code du travail est complété par les mots : « n'a pas déclaré tout ou partie de son chiffre d'affaires ou de ses revenus ou a continué son activité après avoir été radié en application des dispositions de l'article L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale ».

Exposé des motifs

Selon le Régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale, plusieurs dizaines de milliers de comptes de travailleurs indépendants concernent des personnes qui ont cessé leur activité sans avoir procédé à l'ensemble des formalités nécessaires auprès des organismes de sécurité sociale.

Cette situation entraîne leur assujettissement injustifié à des cotisations sociales, le maintien d'écritures comptables erronées dans les livres du régime et peut entraîner l'engagement de procédures de recouvrement inutiles à l'encontre des intéressés. Elle peut en outre exposer ceux-ci à des poursuites pour travail dissimulé.

Afin de mettre un terme à cette situation, le présent article autorise, dans des conditions strictement définies et en offrant la possibilité à l'assuré de s'y opposer, l'initiation d'une procédure de radiation définitive des cotisants sans activité réelle. Resteront néanmoins passibles d'une sanction pour travail dissimulé les assurés qui auraient une activité non déclarée après cette radiation, même si elle a été réalisée à l'initiative des organismes.

Article 67

- ① Le dernier alinéa de l'article L. 8221-6 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

- ② « Dans ce cas, la dissimulation d'emploi salarié est établie si le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement par ce moyen à l'accomplissement des obligations incombant à l'employeur mentionnées à l'article L. 8221-5.
- ③ « La personne qui a fait l'objet d'une condamnation pénale pour travail dissimulé dans les conditions prévues au présent II est alors tenue au paiement des cotisations et contributions sociales qu'elle aurait dû acquitter comme employeur pour la période pendant laquelle la dissimulation d'emploi salarié a été établie. »

Exposé des motifs

En rétablissant la présomption de non salariat, la loi n° 2003-721 du 1^{er} août 2003 pour l'initiative économique a supprimé parallèlement les règles de redressement applicables en cas de requalification en salariat. Or, si cette suppression était justifiée s'agissant d'une requalification directe par les URSSAF, elle ne répond visiblement pas à l'intention du législateur lorsque la requalification est établie par le juge.

Il est donc nécessaire de rétablir la disposition prévoyant explicitement que les cotisations de sécurité sociale sont dues pour la période pendant laquelle le délit a été constaté, ce qui ne porte pas atteinte à la présomption de non-salariat mais permettra une sanction plus dissuasive dans les cas, limités en nombre, de condamnations pour dissimulation d'emploi salarié ayant donné lieu à une condamnation pénale.

Article 68

- ① Le II de l'article L. 561-29 du code monétaire et financier est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « En outre, le service peut transmettre aux organismes énumérés à l'article L. 114-12 du code de sécurité sociale des informations en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15, qu'ils peuvent utiliser pour l'exercice de leurs missions ».

Exposé des motifs

La service TRACFIN reçoit dans le cadre des déclarations de soupçon imposées par le dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux des informations intéressant les organismes de protection sociale, en particulier

dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé et les fraudes aux cotisations.

Or, les organismes de protection sociale n'ont pas la faculté de recevoir des informations émanant de TRACFIN, qui ne peut les communiquer qu'à l'administration des douanes, aux services de police judiciaire et à l'administration fiscale.

Il est donc proposé d'ajouter les organismes de protection sociale à la liste des structures susceptibles de recevoir des informations émanant de TRACFIN afin que les caisses de sécurité sociale puissent s'en servir dans le cadre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et lutter plus efficacement contre la fraude tant aux cotisations qu'aux prestations.

Fait à Paris, le 5 octobre 2011.

Signé : François FILLON

Par le Premier ministre :
*La ministre du budget, des comptes
publics et de la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement*
Signé : VALÉRIE PÉCRESSE

ANNEXES

ANNEXE A

**Rapport présentant la situation patrimoniale de la sécurité sociale
au 31 décembre 2010, ainsi que décrivant les mesures prévues
pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés
sur l'exercice 2010**

① I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2010

②

ACTIF (en Md€)	2010	2009	variation	PASSIF (en Md€)	2010	2009	variation
IMMOBILISATIONS	6,6	6,8	-0,2	CAPITAUX PROPRES	-87,1	-66,3	-20,8
Immobilisations non financières	3,9	4,0	0,0	Dotations	32,8	30,3	2,4
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,8	2,1	-0,2	Régime général	0,5	0,5	0,0
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Ugecam, UIOSS)	0,8	0,8	0,0	Autres régimes	3,7	3,5	0,2
				CADES	0,2	0,2	0,0
				FRR	28,3	26,1	2,3
				Réserves	13,2	13,7	-0,5
				Régime général	2,6	2,6	0,0
				Autres régimes	6,7	7,0	-0,3
				FRR	3,9	4,1	-0,1
				Report à nouveau	-110,0	-90,7	-19,3
				Régime général	-13,5	6,9	-20,4
				Autres régimes	-1,3	-0,3	-1,0
				FSV	-3,2	0,0	-3,2
				CADES	-92,0	-97,3	5,3
				Résultat de l'exercice	-23,9	-19,6	-4,3
				Régime général	-23,9	-20,3	-3,6
				Autres régimes	-1,6	-1,2	-0,4
				FSV	-4,1	-3,2	-0,9
				CADES	5,1	5,3	-0,1
				FRR	0,6	-0,1	0,7
				Autres	0,7	0,0	0,7
				FRR	0,7	0,0	0,7
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	17,0	16,4	0,5
ACTIF FINANCIER	50,7	48,4	2,3	PASSIF FINANCIER	146,8	124,7	22,0

ACTIF (en Md€)	2010	2009	variation	PASSIF (en Md€)	2010	2009	variation
Valeurs mobilières et titres de placement	44,6	43,9	0,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	118,8	106,5	12,3
Autres régimes	9,2	8,8	0,4	Régime général	17,5	9,6	8,0
CADES	1,5	4,0	-2,4	CADES	101,2	97,0	4,3
FRR	33,9	31,2	2,7	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	24,7	17,8	6,9
Encours bancaire	5,9	4,3	1,6	Régime général (y compris prêts CDC)	21,0	15,5	5,5
Régime général	0,8	0,5	0,3	Autres régimes	3,7	2,1	1,6
Autres régimes	0,7	0,6	0,1	CADES	0,0	0,2	-0,2
CADES	1,2	1,0	0,2	Dépôts	0,8	0,0	0,8
FRR	3,2	2,3	0,9	Régime général	0,8	0,0	0,8
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,2	0,0	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,1	0,0
CADES	0,2	0,2	0,0	FRR	0,1	0,1	-0,1
				Autres	2,4	0,3	2,0
				Régime général	0,3	0,0	0,2
				Autres régimes	0,1	0,1	0,0
				CADES	2,0	0,2	1,8
ACTIF CIRCULANT	59,8	60,1	-0,3	PASSIF CIRCULANT	40,5	40,5	0,0
Créances sur prestations ..	7,8	9,1	-1,3	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	21,3	21,3	0,0
Créances et produits à recevoir (PAR) sur cotisations, contributions sociales, impôts	41,3	38,1	3,2	Dettes à l'égard des cotisants	1,4	1,0	0,4
Créances et PAR sur l'État et autres entités publiques	6,6	10,1	-3,5	Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques	7,6	7,2	0,4
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)	4,1	2,8	1,3	Autres passifs (crédeurs divers, comptes d'attente et de régul.) dont soulte IEG	10,2	11,0	-0,8
TOTAL DE L'ACTIF	117,1	115,3	1,8	TOTAL DU PASSIF	117,1	115,3	1,8

- ③ Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres, s'élevait à 87,1 Md€ au 31 décembre 2010, soit l'équivalent de 4,5 points de PIB ou d'un peu plus de 2 mois de prestations versées par ces mêmes organismes. Ce passif net a augmenté de 21 Md€ par rapport à celui constaté au 31 décembre 2009 (66,3 Md€), en raison essentiellement du déficit des régimes et du FSV pour l'année 2010 (soit 29,6 Md€), minoré de l'amortissement de la dette portée par la Cades (5,1 Md€) et des recettes affectées au FRR (2,2 Md€) sur cette même année.
- ④ Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (50,7 Md€, dont les deux tiers environ par le FRR), du besoin en fonds de roulement (différence de 19,3 Md€ entre les actifs et passifs circulants) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 146,8 Md€ au 31 décembre 2010 (contre 124,7 Md€ au 31 décembre 2009).
- ⑤ L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au présent projet de loi de financement.

⑥ **II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2010 et affectation des excédents observés sur ce même exercice**

- ⑦ Les comptes du **régime général** ont été déficitaires de 23,9 milliards d'euros en 2010. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 11,6 milliards d'euros, la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,7 milliard d'euros, la branche vieillesse un déficit de 8,9 milliards d'euros et la branche famille un déficit de 2,7 milliards d'euros.
- ⑧ Pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il avait été décidé dans le cadre exceptionnel de l'année 2010 de ne pas procéder sur cette année à des reprises de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Aussi, le Gouvernement avait pris les engagements nécessaires pour que le déficit global du régime général pour les exercices 2009 et 2010 puisse être financé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, avec l'appui de l'Agence France Trésor, au moyen de ressources non permanentes dans la limite des plafonds fixés par les lois de financement de la sécurité sociale.
- ⑨ Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement pour 2011 a organisé le transfert de ces déficits cumulés 2009-2010 du régime général (hors

branche accidents du travail) à la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

- ⑩ La plupart des **régimes de base autres que le régime général** présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des cultes et des marins..), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (Fonction publique d'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés.
- ⑪ Cependant, deux régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2010 des résultats déficitaires.
- ⑫ S'agissant d'une part de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 1,3 Md€(contre 1,2 Md€en 2009) et a fait l'objet d'un financement bancaire dans le respect du plafond fixé par la LFSS pour 2010 à 3,5 Md€ Il est proposé dans le présent projet de loi de transférer à la CADES, grâce à la mobilisation des ressources supplémentaires dont celle-ci bénéficiera en application du plan de lutte contre les déficits publics, les déficits cumulés 2009 et 2010 de la branche vieillesse du régime.
- ⑬ S'agissant d'autre part de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), il convient d'observer qu'elle a enregistré pour la première fois un déficit en 2010 (0,5 Md€). Compte tenu des réserves antérieures de la caisse, celui-ci a été pour l'essentiel autofinancé.
- ⑭ Enfin, quelques régimes présentent des résultats excédentaires, principalement la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (risque maladie), la caisse nationale des industries électriques et gazières et le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (environ 0,1 Md€chacun). Ces excédents sont affectés au report à nouveau des caisses.
- ⑮ Par ailleurs, **le FSV** a enregistré en 2010 un déficit de 4,1 milliards d'euros. Le Fonds ne disposant pas de réserve, ce déficit est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif. Dans la mesure où le FSV n'est pas habilité

par la loi de financement à emprunter, ce déficit a entraîné en 2010 une dette vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui a été financée in fine par les emprunts de trésorerie de l'ACOSS, dans les mêmes conditions que les déficits propres de la CNAV.

- ⑩ Comme pour le régime général, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES des déficits cumulés 2009 et 2010 du fonds.

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

① Hypothèses retenues dans la projection quadriennale

②

	2011	2012	2013	2014	2015
PIB (volume)	1,75 %	1,75 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
masse salariale privée	3,7 %	3,7 %	4,0 %	4,0 %	4,0 %
Inflation	2,1 %	1,7 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
ONDAM en valeur	2,9 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %

③ La présente annexe décrit le cheminement des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et du Fonds de solidarité vieillesse à l'horizon 2015, sur la base d'hypothèses macroéconomiques prudentes, et intégrant l'impact financier des mesures participant de la stratégie du Gouvernement en matière de retour à l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

④ Les hypothèses retiennent une stabilisation en 2012 de la progression de la masse salariale privée, principale assiette des ressources de la Sécurité sociale, au même rythme qu'en 2011 (3,7 % en valeur), en raison notamment d'un ralentissement de la hausse des prix (1,7 % après 2,1 % en 2011). De 2013 à 2015, la masse salariale privée est supposée progresser de 4% par an en valeur, soit un peu plus rapidement qu'en 2011 et en 2012. Cette hypothèse est prudente, car inférieure au rythme annuel moyen de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (+4,1 %), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée. Elle suppose néanmoins une croissance de la rémunération du travail salarié légèrement plus rapide que le PIB en valeur (4 % contre 3,75 %), prolongeant le constat observé en 2010 et en 2011 d'une bonne tenue de l'emploi et des salaires.

⑤ La période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macroéconomique international, qui contraint

fortement les finances publiques des États. Dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne au 1^{er} semestre 2011, la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens, à respecter une trajectoire de redressement du solde des administrations publiques (de -5,7 % du PIB en 2011 à -4,5 % en 2012, -3,0 % en 2013 et -2,0 % en 2014) et ce quelle que soit la conjoncture économique. Tous les sous-secteurs des administrations publiques devront prendre leur part à cet effort, et notamment la sécurité sociale compte tenu de son poids dans l'ensemble des finances publiques, même si sa part dans le besoin de financement d'ensemble de la sphère publique reste limitée (moins d'un cinquième du besoin de financement des administrations publiques en 2010).

- ⑥ La trajectoire financière décrite dans la présente annexe est marquée par une réduction très significative du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale. Celui-ci devrait passer de 20,2 Md€ en 2011 à 11,0 Md€ en 2015, soit une diminution de près de la moitié. Pour le seul régime général, le redressement est encore plus significatif : -8,5 Md€ en 2015, contre -18,2 Md€ en 2011. Les déficits de la branche vieillesse étant d'ores et déjà financés par le biais de la reprise par la CADES des déficits annuels de la CNAV et du FSV durant la période de montée en charge de la réforme des retraites jusqu'en 2018, le déficit du régime général hors branche vieillesse devra être remboursé par des excédents ultérieurs.
- ⑦ Le levier principal et la clé de la durabilité de ce redressement sont un effort continu de maîtrise des dépenses de la Sécurité sociale. La projection quadriennale décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale de 3,1 % en valeur, soit 1,35 % en volume. Maintenir pendant quatre ans la croissance des dépenses de la Sécurité sociale à un rythme inférieur d'un tiers à celui de la richesse nationale constituera un résultat important au regard des pressions que le vieillissement de la population exercera sur la demande de prestations et services sociaux. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficacité de la fourniture de ces prestations et services.
- ⑧ En matière d'assurance maladie, conformément à l'engagement pris par le Président de la République lors de la conférence des déficits publics en mai 2010, le Gouvernement propose dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale un ONDAM en progression de 2,8 % en valeur par rapport à l'objectif 2011, qui sera lui-même respecté. La

présente projection quadriennale repose également sur l'hypothèse de la reconduction de ce taux de progression de 2,8 % jusqu'en 2015 au moins.

- ⑨ Compte tenu d'une évolution tendancielle, en l'absence de toute mesure, légèrement supérieure à 4,0 %, cela signifie un effort d'économie de plus de 2 Md€ chaque année. Ces économies seront justement réparties entre efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, baisse des coûts des médicaments par le développement des génériques et l'action sur les prix des produits, amélioration de l'efficacité hospitalière et convergence tarifaire : les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins. Ainsi, en 2012, exercice au cours duquel le respect d'une progression des dépenses sous ONDAM de 2,8 % par rapport à l'objectif pour 2011 exige un montant d'économies de 2,2 Md€, celles-ci seront atteintes :
- ⑩ – par de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, qui devront produire 550 M€ d'économies ;
- ⑪ – par des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle, pour un montant de 770 M€ ;
- ⑫ – par des baisses de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie, à hauteur de 170 M€ ;
- ⑬ – par une harmonisation et une simplification du calcul des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail, qui permettra d'économiser 220 M€ ;
- ⑭ – enfin, dans le domaine hospitalier, par la poursuite de la convergence tarifaire, l'amélioration de la performance à l'hôpital et l'intensification des politiques de lutte contre la fraude, dont sont attendues 450 M€ d'économies.
- ⑮ En outre, en application de l'article 8.III de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, une mise en réserve de dotations, pour un montant de 545 M€ en 2012.
- ⑯ On ne saurait trop souligner la performance réalisée par la France en matière de régulation des dépenses d'assurance maladie. Depuis le début de la précédente décennie, le rythme de croissance en valeur des dépenses d'assurance maladie est passé d'environ 7 % à moins de 3 %. Le montant cumulé des économies réalisées par rapport à une situation où les dépenses d'assurance maladie seraient restées sur leur trajectoire antérieure peut être

évalué à 40 Md€ entre 2002 et 2010. Selon l'OCDE, notre pays se situe au deuxième rang, derrière l'Italie, pour la modération de la croissance des dépenses publiques de santé depuis 2005. Avec une progression de 1,7 % en moyenne par an en volume au cours de cette période, nos dépenses d'assurance maladie augmentent sensiblement moins rapidement qu'en Allemagne (2,6 %) ou au Royaume-Uni (5,9 %). Mais, dans le même temps, la France reste, parmi les pays développés, l'un de ceux dans lequel la part des dépenses de santé financée par les administrations publiques est la plus élevée, dans lequel les patients disposent des libertés les plus larges de choix du médecin ou de mode de prise en charge, et qui présente les meilleurs résultats en matière d'état de santé de la population, tout particulièrement en ce qui concerne l'espérance de vie des femmes. Le dernier rapport de la commission des comptes de la santé montre que pour la troisième année consécutive le reste à charge des ménages diminue, pour s'établir à 9,4% de la consommation des soins et biens médicaux. Cette part de reste à charge place la France en deuxième position, juste derrière les Pays-Bas.

- ⑰ Les efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui seront fournis trouveront une traduction dans les comptes de la branche maladie du régime général, dont le déficit reviendra de 11,6 Md€ en 2010 à 5,9 Md€ – soit une division par deux en deux ans –, et à 2,5 Md€ en 2015.
- ⑱ Dans le domaine des retraites, la réforme adoptée l'an dernier a commencé à être mise en œuvre en 2011. Sa montée en charge se poursuivra en 2012, avec dès le 1^{er} janvier la deuxième étape du relèvement des âges de la retraite (à 60 ans et 8 mois pour l'âge d'ouverture des droits), pour la génération 1952. Cette mesure et les autres dispositions de la réforme portant sur les dépenses des régimes produiront en 2012 une économie significative, de l'ordre de 1,3 Md€, sans compter l'impact des mesures de recettes prises en LFSS 2011 au bénéfice de la CNAV et du FSV, ni les gains en ressources pour les régimes de sécurité sociale consécutifs au maintien en activité d'un nombre plus important de seniors.
- ⑲ À plus long terme, la réforme fixe l'objectif d'un retour à l'équilibre financier de l'ensemble du système de retraite à l'horizon 2018, sans dégrader le niveau élevé des pensions dont bénéficient les retraités, ni alourdir les prélèvements supportés par les actifs, et ainsi préserver la quasi-parité de niveau de vie aujourd'hui observée entre actifs et retraités (le niveau de vie des retraités équivaut en moyenne à 96 % de celui des actifs en 2009). Aussi le levier privilégié est-il l'élévation de l'âge effectif de départ en retraite, au moyen de l'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein en fonction de l'évolution de

l'espérance de vie, et de l'élévation des âges légaux de la retraite. Ce dernier est nécessaire pour atteindre l'objectif posé dans la réforme des retraites de 2003 d'un partage des gains d'espérance de vie à deux tiers en faveur de l'activité professionnelle et au tiers restant en faveur de la retraite. Au total, selon les évaluations disponibles, le relèvement des bornes d'âge devrait se traduire par un gain de 9,1 Md€ à l'horizon 2018 pour la branche vieillesse du régime général, soit près de la moitié de l'impact d'ensemble de la réforme.

⑳ Mais le redressement des comptes de la Sécurité sociale à l'horizon 2015 reposera aussi sur un effort de remise à niveau des recettes. En effet, la perte de recettes pour le régime général liée à la conjoncture très défavorable que l'économie française a traversée en 2008/11 peut être estimée à 9 points de masse salariale du secteur privé, soit 18 Md€ environ. Compte tenu de l'ampleur de cette ponction sur ces recettes, sans laquelle les régimes de Sécurité sociale dans leur ensemble seraient excédentaires, le Gouvernement entend logiquement mettre en œuvre des actions qui permettent d'assurer un financement viable du haut niveau de protection sociale qui doit être garanti aux Français.

㉑ La loi portant réforme des retraites, votée en 2010, participait déjà d'un tel objectif, avec un volet recettes important. Des recettes nouvelles ciblées sont apportées aux régimes de retraite et au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ainsi, les ménages imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu ont vu leur taux marginal augmenter d'un point. Par ailleurs, les prélèvements sur les stock-options et les retraites chapeaux ont été relevés. Les revenus du capital sont également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cession mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficie intégralement au Fonds de solidarité vieillesse. Enfin, à plus long terme, les cotisations vieillesse au régime général seront augmentées entre 2015 et 2018, et compensées à due proportion par une diminution des cotisations d'assurance chômage, compte tenu de l'amélioration prévue de la situation financière de ce régime.

㉒ Outre les recettes associées à la réforme des retraites, des mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 24 août dernier dans le cadre d'un plan global de lutte contre les déficits, permettront d'améliorer les comptes des organismes de sécurité sociale de 6 Md€, dont environ 4 Md€ au titre de la réduction des niches sociales. Parmi celles-ci, on peut citer : la réforme des abattement sur les plus-values immobilières, la hausse

du forfait social de 6 à 8 % portant sur les dispositifs tels que l'épargne salariale ou la retraite supplémentaire, l'élargissement d'un point de l'assiette de la CSG et de la CRDS pour les revenus d'activité, la réintégration des heures supplémentaires dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales suivant les recommandations du Conseil des prélèvements obligatoires, tout en maintenant les avantages fiscaux et sociaux prévus par la loi TEPA, la hausse du taux de la taxe sur les conventions d'assurance. Le projet du Gouvernement traduit également sa volonté de renforcer l'équité du prélèvement, en assurant notamment la contribution des plus hauts revenus via l'augmentation de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, dans le cadre d'une politique globale de santé publique visant à limiter les comportements à risque, les prix du tabac seront renchérissés, la fiscalité sur les alcools forts augmentée et une nouvelle taxe créée sur les boissons à sucre ajouté. Certaines de ces mesures sont déjà acquises par la loi de finances rectificative pour 2011 du 19 septembre. Le reste de l'effort se traduit par des dispositions dans le présent projet de loi de financement, dans le projet de loi de finances pour 2012 ainsi que par la voie réglementaire.

② L'année 2012 verra ainsi franchir une étape décisive du redressement des comptes de la Sécurité sociale. Cependant, l'effort de reconstitution des recettes se poursuivra au-delà de cette date, en retenant prioritairement les mesures permettant de réduire les niches sociales. Ces dispositifs, qui constituent des dérogations aux règles de droit commun d'assiette et de taux des principaux prélèvements sociaux, peuvent être justifiés au regard des incitations qu'elles permettent d'adresser aux agents économiques, comme dans le cas des allègements généraux sur les bas salaires qui visent à stimuler l'embauche de travailleurs faiblement qualifiés par les entreprises. Certains peuvent avoir un objectif d'équité ou de cohésion sociale qui justifient qu'ils soient maintenus. D'autres, en revanche, ne remplissent pas ou plus les objectifs économiques ou sociaux initiaux. S'appuyant sur ce constat, et sur les mesures d'ores et déjà prises, le Gouvernement entend donc poursuivre au-delà de 2012 l'effort de neutralisation des niches sociales les moins efficaces. La présente projection quadriennale incorpore à ce titre un surcroît de recettes sociales, au titre de la participation de la sécurité sociale à l'effort de réduction du déficit public nécessaire afin de respecter la trajectoire sur laquelle le Gouvernement s'est engagé ; ces recettes, qui seront prioritairement dégagées par la réduction de niches sociales et fiscales, permettront de compenser la révision à la baisse de la masse salariale par rapport aux hypothèses retenues dans la LPFP 2011-2014.

24 Au total, les hypothèses retenues dans la construction de la projection quadriennale associée au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 aboutissent à une progression annuelle moyenne des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale de 3,7 % en valeur de 2011 à 2015. Dans le seul régime général, la dynamique des dépenses serait encore plus forte : +4,2 % en moyenne. Avec un écart de près d'un point entre des recettes dynamiques grâce à des flux réguliers de mesures nouvelles et des dépenses maîtrisées dans la durée, la Sécurité sociale se rapproche en 2015 de l'équilibre financier.

25 Avant cette échéance, il restera à financer les déficits qui apparaîtront et dont le transfert à la CADES n'est pas organisé à ce stade. Les déficits de la CNAV et du FSV seront repris par la CADES pendant la période de montée en charge des effets de la réforme des retraites, jusqu'en 2018. Les branches maladie et famille resteront certes déficitaires jusqu'en 2015, et devront supporter des charges financières au titre de ces besoins de financement, mais leur déficit sera fortement réduit par rapport aux projections précédentes, et leur impact sur la trésorerie de l'Acoss en 2012 sera donc fortement allégé. D'autres régimes autorisés à recourir à l'emprunt, tels que le régime de retraite des exploitants agricoles, seront confrontés à un défi identique. Cependant, à mesure que les comptes de la Sécurité sociale se redresseront, il sera possible de dégager des ressources à affecter à la CADES pour, conformément aux dispositions organiques, couvrir de nouvelles reprises de déficits limitées. À cet égard, le présent projet de loi de financement prévoit la mobilisation des recettes nouvelles dont bénéficiera la CADES en application du plan de lutte contre les déficits publics (soit 220 M€) au bénéfice de l'amortissement du déficit cumulé 2009-2010 du régime d'assurance vieillesse du régime des exploitants agricoles, et ce dans le respect de la date prévisionnelle de fin de vie de la Caisse estimée à 2025.

26 Régime général

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes.....	138,8	141,8	147,8	156,2	162,2	168,5	175,0
Dépenses.....	149,3	153,4	157,4	162,2	167,3	172,4	177,5
Solde.....	-10,6	-11,6	-9,6	-5,9	-5,1	-3,9	-2,5
AT/MP							
Recettes.....	10,4	10,5	11,6	12,1	12,4	12,9	13,4
Dépenses.....	11,1	11,2	11,6	11,9	12,2	12,5	12,8
Solde.....	-0,7	-0,7	0,0	0,1	0,2	0,3	0,6

Famille							
Recettes.....	56,1	50,2	52,4	54,3	55,6	57,3	59,1
Dépenses.....	57,9	52,9	55,1	56,6	58,2	59,6	61,1
Solde.....	-1,8	-2,7	-2,6	-2,3	-2,6	-2,3	-2,0
Vieillesse							
Recettes.....	91,4	93,4	100,6	104,9	109,4	114,0	119,5
Dépenses.....	98,7	102,3	106,6	110,7	115,2	119,7	124,1
Solde.....	-7,2	-8,9	-6,0	-5,8	-5,9	-5,6	-4,6
Toutes branches consolidé							
Recettes.....	288,7	287,5	303,1	317,9	329,7	342,6	356,7
Dépenses.....	309,1	311,5	321,3	331,8	343,1	354,2	365,2
Solde.....	-20,3	-23,9	-18,2	-13,9	-13,3	-11,5	-8,5

27 Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes.....	161,8	165,2	171,7	180,9	187,2	194,1	201,2
Dépenses.....	172,2	176,5	181,3	186,8	192,2	197,8	203,5
Solde.....	-10,4	-11,4	-9,6	-5,9	-5,0	-3,8	-2,3
AT/MP							
Recettes.....	11,8	11,9	13,0	13,5	13,8	14,3	14,8
Dépenses.....	12,4	12,6	12,9	13,3	13,6	13,9	14,2
Solde.....	-0,6	-0,7	0,1	0,2	0,2	0,4	0,6
Famille							
Recettes.....	56,6	50,8	52,9	54,8	56,1	57,8	59,6
Dépenses.....	58,4	53,5	55,5	57,1	58,7	60,1	61,6
Solde.....	-1,8	-2,7	-2,6	-2,3	-2,5	-2,3	-1,9
Vieillesse							
Recettes.....	179,0	183,3	194,4	202,8	209,5	216,5	223,9
Dépenses.....	187,9	194,1	202,6	210,5	217,8	224,7	231,2
Solde.....	-8,9	-10,8	-8,1	-7,7	-8,3	-8,3	-7,4
Toutes branches consolidé							
Recettes.....	400,5	401,9	421,8	441,5	456,1	471,8	488,5
Dépenses.....	422,2	427,5	442,1	457,1	471,6	485,7	499,4
Solde.....	-21,7	-25,5	-20,2	-15,7	-15,5	-13,9	-11,0

28 Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes.....	10,0	9,8	13,8	14,2	14,7	15,2	15,8
Dépenses.....	13,2	13,8	17,6	18,0	18,2	18,4	18,6
Solde.....	-3,2	-4,1	-3,8	-3,7	-3,4	-3,1	-2,8

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général de sécurité sociale ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

① 1° Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

② Exercice 2012 (prévisions en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régimes de base
Cotisations effectives.....	82,6	110,9	35,4	12,3	241,3
Cotisations prises en charge par l'État	1,4	1,3	0,5	0,0	3,3
Cotisations fictives d'employeur.....	0,9	36,6	0,1	0,3	38,0
CSG.....	62,7	0,1	9,6	0,0	72,4
Impôts et taxes	28,1	17,8	8,1	0,3	54,2
Transferts	2,5	35,2	0,3	0,1	27,6
Produits financiers	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2
Autres produits.....	2,6	0,8	0,6	0,4	4,4
Recettes.....	180,9	202,8	54,8	13,5	441,5

③ Les montants globaux de recettes par catégorie des régimes de base peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés pour chacune des branches du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

④ 2° Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

⑤ Exercice 2012 (prévisions en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régime général
Cotisations effectives.....	74,2	67,7	35,2	11,5	188,6
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	0,9	0,5	0,0	2,5
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CSG.....	54,4	0,0	9,7	0,0	64,1
Impôts et taxes	21,6	11,1	7,9	0,2	41,0

Transferts	2,6	25,0	0,3	0,0	18,3
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits.....	2,3	0,2	0,6	0,3	3,4
Recettes.....	156,2	104,9	54,3	12,1	317,9

⑥ Les montants globaux de recettes par catégorie des régimes de base peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés pour chacune des branches du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

⑦ 3° Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

⑧ Exercice 2012 (prévisions en milliards d'euros)

	FSV
CSG	9,9
Impôts et taxes.....	4,3
Produits financiers.....	0,0
Total.....	14,2



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2012

ÉTUDE D'IMPACT

Octobre 2011

ARTICLE 3

PLAFONNEMENT DES COMPENSATIONS BILATÉRALES MALADIE

I. Présentation de la mesure

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

La rationalisation des transferts financiers entre les régimes de base de sécurité sociale compte parmi les objectifs poursuivis par le Gouvernement et le Parlement. A la faveur d'une plus grande lisibilité et pertinence des relations inter-régimes, plusieurs étapes ont d'ores et déjà été acquises ces dernières années. En particulier, s'agissant de la branche maladie, on compte désormais de nombreux régimes financièrement intégrés au régime général (salariés agricoles, exploitants agricoles, caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), établissement National Invalides Marine (ENIM)). Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011 a permis, par la suppression du mécanisme de compensation généralisée maladie, de poursuivre la simplification du paysage des transferts.

Dans le prolongement de ces avancées, il convient désormais de mener une réflexion sur les « compensations bilatérales maladie », soit les transferts entre le régime général et quatre régimes spéciaux – CRPCEN (régime des clercs de notaires), CANSSM (régime des mines), RATP et CPRP SNCF – pour les prestations d'assurance maladie-maternité.

Ces compensations concourent à l'équilibrage de la branche maladie des régimes de base, partant du principe que la pérennité des régimes au rapport démographique défavorable doit être assurée.

Elles impliquent dès lors de distinguer :

- le financement des prestations en nature de droit commun, qui seul a vocation dans le cadre d'une intégration à être équilibré par la CNAMTS ;
- le financement de la gestion administrative du régime, dès lors que cette gestion n'est pas confiée à un organisme du régime général ;
- le financement par les régimes spéciaux de prestations en espèces et de prestations *spécifiques*.

Le montant du transfert entre la CNAMTS et chaque régime spécial est ainsi calculé à partir d'un compte théorique dudit régime reconstitué à partir des taux de remboursement des prestations et les règles de prélèvement en vigueur dans le régime général. De la construction statistique de ce compte théorique se déduit la dette du régime spécial (pour la CANSSM et la CPRP SNCF) ou au contraire sa créance (pour la RATP et la CRPCEN) à l'égard du régime général.

Les montants à la charge de ce dernier s'élevaient ainsi, en prévision, à près d'1,7 Md€ en 2010 (*cf. tableau ci-dessous*).

Chiffres 2010 (prov)	Montant des transferts nets
<i>Régimes contributeurs</i>	
CNAMTS	1 665 M€
RATP	39 M€
CRPCEN (clercs et employés de notaires)	35 M€
<i>Régimes bénéficiaires</i>	
CANSSM (mines)	- 1 043 M€
CPRP SNCF	- 696 M€

Source : DSS

En l'absence de suivi comptable systématique par les régimes spéciaux de ce qui relève du droit commun d'une part (c'est-à-dire les règles du régime général), et de ce qui relève du droit spécifique d'autre part, les modalités de calcul des compensations bilatérales reposent sur un certain nombre de conventions. Il peut en résulter une situation où la contribution du régime général va au-delà de l'objectif d'équilibre des autres régimes. A titre d'exemple, le calibrage du transfert de la CNAM en

direction du régime spécial de la SNCF, transfert qui représente plus du tiers des ressources de la branche maladie de ce dernier, permet au régime spécial d'afficher en prévision un excédent comptable d'environ 100 M€.

Dans un contexte marqué par un déficit important de la branche maladie du régime général, qui justifie par ailleurs que des efforts très significatifs soient requis auprès de ses assurés, se pose la question du caractère adapté d'un système pouvant conduire à sur-équilibrer un régime spécial au détriment du régime général. Au-delà de la nécessité d'une « bonne gestion » de la ressource publique, se joue ici un impératif d'équité et de transparence dans les transferts inter-régimes, impératif sur lequel la Cour des comptes a déjà appelé l'attention du Gouvernement dans son rapport de septembre 2010 sur la sécurité sociale : selon la Cour, le mécanisme de compensation bilatérale ne doit pas conduire à faire supporter au régime général « *une charge injustifiée* ».

Dans le respect du principe de solidarité entre régimes qui structure le système de sécurité sociale, c'est cet objectif de renforcement de l'équité entre régimes – et donc entre affiliés – que souhaite poursuivre le Gouvernement en réexaminant les règles de fixation des transferts de compensation bilatérales maladie.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée consiste à encadrer le mécanisme de compensation bilatérale par une règle de plafonnement des transferts nets permettant d'éviter qu'un régime lui-même déficitaire ne contribue plus que nécessaire à l'équilibrage d'un autre régime. En d'autres termes, cette règle d'écrêtement des transferts, ces derniers demeurant calculés selon la méthode aujourd'hui partagée entre les parties, permettrait d'assurer *a minima* que la compensation bilatérale ne conduise pas à placer un régime en situation d'excédent comptable alors même que le régime débiteur est soumis à un impératif de redressement. Si cette mesure est neutre financièrement dans une perspective « tous régimes », elle permet d'améliorer l'équité entre les différents régimes impliqués.

Cette mesure législative sera ultérieurement complétée par des dispositions réglementaires visant à réaffirmer la nécessité pour les régimes spéciaux parties au mécanisme de compensation bilatérale maladie de distinguer dans leurs comptes ce qui relève du régime de base d'assurance maladie et ce qui relève du régime spécifique, et ce afin de pouvoir à l'avenir encore davantage progresser sur la voie de la rationalisation des relations inter-régimes. Ce préalable comptable figure en effet parmi les conditions de réussite d'une réforme de fond des transferts visés et d'une plus grande lisibilité de ces derniers. Ces travaux seront de nature à clarifier le périmètre des ressources et prestations à prendre en compte dans le calcul des transferts de compensation, ainsi qu'à fiabiliser les données disponibles sur la base desquelles sont calculés ces transferts.

Autres options possibles :

Le réexamen des règles de transfert de compensations bilatérales maladie aurait également pu conduire, en application de la recommandation formulée par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2010 précité, à modifier certains paramètres, et à notamment prendre en compte la CSG réellement perçue par les régimes plutôt que la CSG recalculée par construction statistique.

Si ce choix aurait l'intérêt de rapprocher l'application actuelle du mécanisme de compensation de l'esprit d'un système d'intégration financière, il aurait néanmoins pour effet de mettre en cause de façon à la fois importante et immédiate les équilibres financiers existants (dégradation à hauteur de 565 M€ en cumulé du solde des régimes spéciaux).

Dans ces conditions, il a été préféré, pour avancer dès à présent sur la voie de la rationalisation des transferts inter-régimes, de retenir la règle d'écrêtement présentée plus haut et, de façon concomitante, de requérir un suivi comptable adapté de ce qui relève du droit commun afin de conforter la réflexion sur la compensation bilatérale.

Avec l'intégration du régime des mines à compter de 2013, cette démarche ouvre la perspective d'une intégration financière des différents régimes de base maladie – intégration qui n'affecte ni le service des prestations, ni l'existence de prestations spécifiques – qui permettra, à l'instar de ce qui existe pour la branche famille qui est l'autre branche universelle, de donner directement une vision globale de la situation financière de la branche maladie de la sécurité sociale tout en clarifiant son financement.

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

L'inscription en droit d'une règle de plafonnement des transferts de compensation bilatérale maladie relève de la loi de financement de la sécurité sociale, en ce qu'elle a un effet direct sur les ressources et les charges des régimes de base.

Cette mesure prend donc place dans la loi de financement de la sécurité sociale, comme comportant des effets directs en premier lieu sur les recettes des régimes et des organismes (2° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS), et en second lieu sur leurs dépenses (2° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS).

Pour une application dès 2011, la mesure sera inscrite dans la partie II du projet de loi de financement comprenant les dispositions relatives à l'année en cours.

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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Cette mesure a été également préalablement soumise à l'avis de la commission de compensation le 26 septembre 2011 conformément à l'article L. 114-3 du code de la sécurité sociale, lequel dispose que « *tout projet de modification des règles affectant les mécanismes de compensation entre régimes de sécurité sociale fait l'objet d'un avis de la commission, qui est transmis au Parlement* ». Celle-ci a émis un avis favorable par 3 voix (CNAMTS, DSS, DB) contre 0 et 16 abstentions (CPRP SNCF, CCAS RATP, Banque de France, CNBF, CANSSM, CNAVPL, CNAVTS, CRPCEN, ENIM, CCMSA – salariés et non salariés).

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 européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure est introduite au livre I, titre 3, chapitre 4 « Compensation » 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

Sans objet

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Toutes choses égales par ailleurs, la mesure d'écrêtement des compensations bilatérales conduira à minorer le solde à la charge de la CNAMTS à hauteur d'environ 100 M€ en 2011, dans la mesure où le transfert en direction du régime spécial de la SNCF sera plafonné de façon à ne pas « suréquilibrer » ce régime. Le cas échéant, ce montant aurait été mis en réserve par le régime spécial.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014
CNAMTS		+ 100	+ 100		
CPRP SNCF		- 100	- 100		

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

La mesure n'a pas d'impact sur les droits des assurés du régime bénéficiaire du transfert.

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

La mesure d'écrêtement des transferts de compensation bilatérale n'empêche aucune conséquence sur la gestion des caisses. La refonte requise du suivi comptable des régimes spéciaux implique en revanche, laquelle sera ultérieurement introduite par voie réglementaire, que soient menés des travaux spécifiques au cours de l'année 2012

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

La mesure est d'application directe.

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

La refonte du suivi comptable des régimes spéciaux, qui sera prévue ultérieurement par voie réglementaire, implique que soient menés des travaux spécifiques au cours de l'année 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure n'a pas d'effet direct sur les assurés ou les cotisants, dans la mesure où elle ne concerne que les transferts financiers entre organismes de sécurité sociale. En ce sens, aucune information n'a à être envisagée.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Aucune mesure spécifique de suivi n'est à prévoir.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 134-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 134-3 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge, pour l'ensemble des agents en activité et des retraités relevant du régime spécial de sécurité sociale de la Société nationale des chemins de fer français la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III.</p> <p>La caisse de prévoyance de la Société nationale des chemins de fer français, à laquelle les intéressés restent immatriculés, assure, pour le compte du régime général, la gestion des risques mentionnés à l'alinéa ci-dessus, la Société nationale des chemins de fer français continuant à dispenser aux agents en activité les soins médicaux et paramédicaux. La caisse de prévoyance assure à ses ressortissants l'ensemble des prestations qu'elle servait au 31 décembre 1970.</p>	<p>La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge, pour l'ensemble des agents en activité et des retraités relevant du régime spécial de sécurité sociale de la Société nationale des chemins de fer français la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III.</p> <p>La caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français, à laquelle les intéressés restent immatriculés, assure, pour le compte du régime général, la gestion des risques mentionnés à l'alinéa ci-dessus, la Société nationale des chemins de fer français continuant à dispenser aux agents en activité les soins médicaux et paramédicaux. La caisse de prévoyance assure à ses ressortissants l'ensemble des prestations qu'elle servait au 31 décembre 1970.</p>
Article L. 134-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 134-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Le taux des cotisations dues au régime général par les régimes spéciaux mentionnés aux articles L. 134-3 et L. 134-4, au titre des travailleurs salariés en activité ou retraités, est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ces régimes continuent à assumer.</p> <p>Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4 susmentionné, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et à la Régie autonome des transports parisiens les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature. Elle rembourse, dans les mêmes limites, à la caisse de prévoyance de la Société nationale des chemins de fer français les prestations en nature versées par cet organisme pour le compte du régime général et à la Société nationale des chemins de fer français les dépenses afférentes aux soins médicaux et paramédicaux dispensés aux agents en activité.</p> <p>Les soldes qui en résultent entre les divers régimes et la caisse nationale de l'assurance maladie sont fixés dans les conditions définies</p>	<p>Le taux des cotisations dues au régime général par les régimes spéciaux mentionnés aux articles L. 134-3 et L. 134-4, au titre des travailleurs salariés en activité ou retraités, est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ces régimes continuent à assumer.</p> <p>Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4 susmentionné, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et à la Régie autonome des transports parisiens les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature. Elle rembourse, dans les mêmes limites, à la caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français les prestations en nature versées par cet organisme pour le compte du régime général et à la Société nationale des chemins de fer français les dépenses afférentes aux soins médicaux et paramédicaux dispensés aux agents en activité.</p> <p>Les soldes qui en résultent entre les divers régimes et la caisse nationale de l'assurance</p>

<p>par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.</p> <p>Des décrets fixent, pour chaque régime spécial, les modalités d'application du présent article et des articles L. 134-3 et L. 134-4.</p>	<p>maladie sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.</p> <p>Lorsque la branche maladie maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche maladie maternité du régime créancier.</p> <p>Des décrets fixent, pour chaque régime spécial, les modalités d'application du présent article et des articles L. 134-3 et L. 134-4.</p>
<p>Article L. 134-5-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 134-5-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant du régime des clercs et employés de notaires.</p> <p>La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires à laquelle les intéressés restent affiliés.</p> <p>Le taux des cotisations dues au régime général par le régime des clercs et employés de notaires au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ce régime continue à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.</p> <p>Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.</p>	<p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant du régime des clercs et employés de notaires.</p> <p>La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires à laquelle les intéressés restent affiliés.</p> <p>Le taux des cotisations dues au régime général par le régime des clercs et employés de notaires au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ce régime continue à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.</p> <p>Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1. Lorsque la branche maladie maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche maladie maternité du régime créancier.</p>

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

ARTICLE 6

DÉCHÉANCE DES CRÉDITS FMESPP SUR L'EXERCICE 2011

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.

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 ;
- 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.

En application de la LFSS pour 2011, la dotation au FMESPP de l'année en cours doit être diminuée en partie rectificative de la LFSS du montant des crédits déçus en application des règles de déchéance annuelles et triennales. Le 3° du I de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 dispose en effet, concernant le FMESPP, que :

« L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante ».

Les sommes prescrites au titre de l'année 2011 sont estimées à 57, 981 M€

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

Mesure proposée :

En application du 3° du I de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, les sommes prescrites au titre de l'année 2011 doivent être déduites du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2011 tel que disposé par le II de l'article 85 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, à savoir 347,71M€.

Une fois cette déduction actée, le nouveau montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP au titre de 2011, soit 289,72 M€ (montant à confirmer), doit faire l'objet d'une inscription en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, en modification du II de l'article 85 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Autres options possibles :

Néant

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

La mesure prend place dans la partie II (rectificative) de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle conduit à réduire une dépense des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie (A 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Il s'agit d'un article en LFSS qui n'a pas vocation à être codifié (mesure prise annuellement).

b) abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure est applicable dans le champ des régimes métropolitains d'assurance maladie, soit quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 sommes prescrites au titre de l'année 2011 sont déduites du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2011.

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>				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
	+ 57,981 M€				

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

Sans objet

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

Le fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations qui tient la comptabilité et procède aux paiements en faveur des établissements de santé concernés.

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

Impact non significatif.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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

Pas de texte d'application nécessaire

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

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), est chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 85 actuel de la LFSS pour 2011	Article 85 modifié de la LFSS pour 2011
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.	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 289,72 millions d'euros pour l'année 2011.

ARTICLE 7

RECTIFICATION DE LA CONTRIBUTION DE L'ASSURANCE MALADIE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTE POUR 2011

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.

L'article 85 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a fixé à 151 M€ le montant des dépenses pour l'exercice en cours. Faute de connaissance au moment des transferts de personnels de l'assurance maladie aux ARS, de la rémunération, agent par agent, des effectifs transférés, ce montant avait été fixé en tenant compte d'hypothèses de rémunération moyenne par types d'agents (personnel médical, personnel administratif cadre et non cadre). Le montant des rémunérations réellement constatées en ARS fait apparaître un besoin de financement en rythme de croisière de 161 M€ et non de 151 M€.

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

Mesure proposée :

Rectification de la contribution de l'assurance maladie pour 2011 aux agences régionales de santé pour la fixer à hauteur de 161 M€ au titre de leur budget de gestion.

Les montants indiqués prennent en compte les efforts de gestion demandés à l'ensemble des opérateurs de service public, qu'ils concernent le non remplacement d'un départ à la retraite sur deux ou l'optimisation des dépenses de fonctionnement. Le relèvement de la contribution aux ARS pour 2011 fera l'objet d'une moindre dépense de gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie qui sera débasée des budgets de gestion administrative des caisses.

Autres options possibles :

Pas d'autre option possible s'agissant de l'application du dispositif prévu par l'article 118 de la loi HPST qui prévoit une contribution de l'assurance maladie au financement des ARS.

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 pour l'année en cours trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du A 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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, 4 DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion) et Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui Sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer -Saint-Pierre et Miquelon -Saint-Martin et Saint Barthélemy -autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non Oui 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. Le relèvement de la contribution de l'assurance maladie aux ARS pour 2011 fera l'objet d'une moindre dépense de gestion de la CNAMTS, de la caisse nationale du RSI et de la CCMSA qui sera débasée des budgets de gestion administrative des caisses.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CNAMTS, RSI, CCMSA	- 10 M€				

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

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'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Non

ARTICLE 10

AUGMENTATION DU FORFAIT SOCIAL

I. Présentation de la mesure

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

Dans le cadre de leur activité professionnelle, les salariés bénéficient aujourd'hui de rémunérations qui échappent 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 parlementaires¹, de la Cour des Comptes², du Gouvernement³ et plus récemment du Comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales⁴.

Ces différents travaux ont mis 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 et au FSV. Il est assis sur les éléments 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 (et qui ne sont pas non plus soumis à une contribution spécifique comme par exemple le financement par l'employeur de garanties de prévoyance complémentaire). Il s'agit de l'intéressement, la participation, des contributions des employeurs aux régimes de retraite supplémentaire et des 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 est fixé à 6 % depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Ce taux est très modéré surtout 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 l'on ne prend pas en compte les cotisations qui ouvrent des droits au titre de l'assurance vieillesse de base et complémentaire.

La dégradation du solde des organismes de sécurité sociale et la nécessaire contribution de tous au financement de notre 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 étude récente de la DARES⁵.

Le rapport établi en juin par le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales conduit notamment aux constats qui suivent.

¹ 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.

² *Rapport sur la sécurité sociale*, Cour des comptes, septembre 2007.

³ Le Gouvernement a remis au Parlement, en novembre 2007, un premier rapport quinquennal présentant un état et une évaluation financière de ces dispositifs

⁴ *Revue des dépenses fiscales et des niches sociales*, juin 2011, Comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, IGF 2011-M013-01.

⁵ *Les pratiques de rémunération des entreprises en 2010*, Premières Synthèses, n°8, février 2010.

- Les montants versés en 2009 (relatifs aux bénéficiaires 2008) aux salariés au titre de la participation représentaient en moyenne 4,8 % de la rémunération des salariés. Ceux versés au titre de l'intéressement représentaient en moyenne 4,5 % de leur rémunération. L'ensemble des dispositifs de distribution de revenu (participation, intéressement, abondement d'un PEE, abondement d'un PERCO) a représenté 16,2 Md€ en 2008, correspondant en moyenne pour les bénéficiaires à un surcroît de rémunération équivalent à 7,1 % de leur salaire.

Pour l'année 2009, le complément de rémunération annuelle dégagé par l'ensemble des dispositifs s'élève à 2 104€ par salarié dans les entreprises de 10 salariés et plus. Il représente pour les salariés bénéficiaires un surcroît de rémunération correspondant en moyenne à 6,5 % de leur masse salariale.

Cette même année, 36,1 % des salariés du secteur marchand non agricole, hors intérim et secteur domestique avait accès à un dispositif d'intéressement. Dans les entreprises de 10 salariés ou plus, 4,431 millions de salariés ont bénéficié d'une prime d'intéressement cette même année. En 2008, la proportion des salariés du secteur marchand non agricole, hors intérim et secteur domestique ayant accès à un dispositif de participation, était de 46,1 %. Cette même année, dans les entreprises de 10 salariés ou plus, 5,472 millions de salariés ont bénéficié d'une prime de participation cette même année.

En 2009, 57 % des salariés du secteur marchand non agricole avaient accès à un dispositif d'intéressement, de participation ou au autre dispositif d'épargne salariale⁶. Parmi eux, 7 millions ont effectivement reçu une prime au titre de la participation ou de l'intéressement ou bénéficié d'un abondement de l'employeur sur les sommes qu'ils ont versées sur un plan d'épargne entreprise ou un plan d'épargne retraite collectif.

La participation aux résultats de l'entreprise, obligatoire dans les entreprises de plus de 50 salariés, reste le dispositif le plus répandu (46 % des salariés couverts en 2008) ; viennent ensuite les plans d'épargne entreprise (41 %) et l'intéressement (36 %). Créé en 2003, le Perco poursuit son développement et concerne désormais près de 10 % des salariés : 680 M€ ont ainsi été déposés sur un Perco en 2009, soit 3 % de plus que l'année précédente.

- Le rythme d'augmentation des éléments assujettis au forfait social est très supérieur à celui de la masse salariale. Entre 1999 et 2007 par exemple, les sommes versées au titre de l'épargne salariale ont été multipliées par plus de deux quand la masse salariale a augmenté de moins de 40 %. D'après le rapport Cotis⁷, on peut évaluer à l'équivalent d'un point de PIB l'effet de substitution entre ces sommes, qui ne sont pas assujetties à cotisations, et le reste de la masse salariale.
- Les sommes qui entrent dans l'assiette du forfait social sont concentrées dans certains secteurs, bénéficient surtout aux salariés des grandes entreprises, notamment celles où les salaires sont élevés :
 - Les dispositifs d'épargne salariale sont particulièrement développés dans les secteurs où les grandes entreprises sont nombreuses : secteur de l'énergie, certaines activités de l'industrie telles que la « fabrication de matériels de transport », les « industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution », et la « fabrication d'équipements électriques, électroniques, informatiques, fabrication de machines » où plus de 80 % des salariés sont couverts par au moins un dispositif. Ces dispositifs sont également répandus dans la banque et les assurances (huit salariés sur dix), où ils ne se limitent pas qu'aux grandes entreprises.
 - Les salariés des grandes entreprises sont les principaux bénéficiaires des dispositifs d'épargne salariale. 93,7 % des salariés employés dans des entreprises de plus de 500 salariés étaient couverts par au moins un dispositif en 2009. Seulement 16,7 % des salariés des entreprises de moins de 50 salariés et 11,6 % des salariés employés dans une entreprise de moins de 10 salariés étaient couverts.
 - Selon les travaux de la Dares, les dispositifs de participation, d'intéressement, PEE et PERCO sont plus fréquents dans des entreprises proposant les salaires les plus élevés. 71 % des salariés ont accès à au moins un dispositif dans les entreprises où le salaire moyen dépasse 25 150 € (7^e décile), contre 27 % dans celles où il est inférieur à 14 570 € (3^e décile).

En outre, les dispositifs prévoyant un abondement de l'employeur en fonction des versements effectués par les salariés bénéficient plutôt aux salariés les mieux rémunérés. En particulier,

⁶ « Participation, intéressement et épargne salariale en 2009 », DARES Analyses, août 2011, n°63.

⁷ Jean-Philippe COTIS, *Partage de la valeur ajoutée, partage des profits et écarts de rémunérations en France*, rapport au Président de la République, 2009.

l'abondement d'un PEE ou d'un PERCO est conditionné par l'existence de versements des salariés (issus de leur participation, de leur intéressement ou de versements volontaires). Selon la dernière enquête sur ce sujet (enquête Réponse 2004-2005, Dares) les versements sur les PEE étaient supérieurs chez les cadres.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée consiste à augmenter de 2 points le taux du forfait social. Cette mesure est de nature à renforcer la contributivité des éléments de rémunération actuellement soumis 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. Le rendement de cette mesure serait de 410 M€ et serait entièrement affecté à la CNAM.

Autres options possibles :

Elargir le champ du forfait social aux accessoires de salaire, qui partagent comme caractéristique de n'être soumis à aucun prélèvement (ni CSG, ni cotisations). Il s'agit des titres financés par les employeurs et des sommes versées par les comités d'entreprise au-delà des secours et de l'aide sociale. Le rendement serait de 330 M€ avec un forfait social au taux de 6 %. Il serait de 440 M€ avec un forfait au taux de 8 % (soit un rendement total de 850 M€ si cette option s'ajoutait à la mesure proposée).

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

La mesure concerne le taux d'une contribution affectée aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et relève donc du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS. Elle a en outre un impact sur les recettes de ces régimes et relève du 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

- a) La mesure relève- 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. Elle ne le sera pas 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	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 +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CNAM		410			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) Impact économique

L'augmentation du forfait social n'est pas de nature à porter atteinte au dynamisme des avantages consentis aux salariés : en effet, le différentiel avec les taux appliqués aux salaires et autres éléments de rémunération reste très important (8 % pour le forfait social contre 30,48 % pour les cotisations patronales de sécurité sociale).

	2010	2011	2012
Taux des cotisations et contributions patronales			
Cotisations de sécurité sociale patronales (sous plafond)	30,38 %	30,48 %	30,48 %
Forfait social	4,00 %	6,00 %	8,00 %
Part des rémunérations exemptées des cotisations patronales			
Prime de partage des profits (1)	0,00 %	2,01 %	2,01 %
Epargne salariale rapportée au salaire	6,10 %	6,41 %	6,58 %
Total	6,10 %	8,42 %	8,59 %
Taux global de prélèvement patronal sécurité sociale	28,77 %	28,42 %	28,55 %

(1) La prime de partage des profits a été instituée par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 20011 ; elle devrait concerner 4 millions de salariés pour un montant total estimé à 2,8 Md€.

Note de lecture : en 2010, le taux de cotisations patronales de sécurité sociale était de 30,38 % et celui du forfait social de 4 %. La part du salaire non soumise à cotisations (et assujettie au forfait social) dans l'ensemble de la rémunération des salariés était en moyenne de 6,10 %. Il en résulte un taux effectif de prélèvement moyen de 28,77 % (6,10 % de la rémunération prélevée à 4 % et 93,9 % de la rémunération prélevée à 30,38 %).

En outre, comme le montre le tableau ci-dessus, le taux effectif moyen de prélèvements patronaux sur les rémunérations n'est affecté que de manière très limitée par la hausse de taux du forfait social.

En effet, compte tenu de la dynamique des éléments de salaire non soumis aux cotisations (qui croissent plus vite que l'assiette des cotisations), leur part augmente régulièrement dans le total des rémunérations et conduit toutes choses égales par ailleurs à une diminution du taux moyen de prélèvement.

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

Sans objet

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

Pas de difficulté technique particulière de mise en œuvre.

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

Pas de difficulté technique particulière de mise en œuvre.

- d) impact budgétaire

Pas d'impact sur le budget de l'Etat.

- 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.)a) impact

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 d'application n'est nécessaire. Une circulaire pourra le cas échéant venir préciser cette mesure.

La mesure pourra s'appliquer au 1^{er} janvier 2012.

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

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'efficience (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, efficience) ?

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.137-16 CSS (actuel)	Article L.137-16 CSS (modifié)
<p>Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 6 %.</p>	<p>Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à € 8 %.</p>
<p>Le produit de cette contribution est versé :</p>	<p>Le produit de cette contribution est versé :</p>
<p>1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour la part correspondant à un taux de 1,65 % ;</p>	<p>1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour la part correspondant à un taux de 4,65 3,65 % ;</p>
<p>2° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 4,35 %, dont une part correspondant à un taux de 0,77 % à la section du fonds de solidarité vieillesse mentionnée à l'article L. 135-3-1.</p>	<p>2° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 4,35 %, dont une part correspondant à un taux de 0,77 % à la section du fonds de solidarité vieillesse mentionnée à l'article L. 135-3-1.</p>

ARTICLE 11

PRISE EN COMPTE DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES DANS LE CALCUL DES ALLÉGÈMENTS GÉNÉRAUX

I. Présentation de la mesure

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

L'allègement général de cotisation (réduction « Fillon ») consiste en une exonération dégressive de cotisations sociales patronales sur les rémunérations des salariés comprises entre 1 et 1,6 fois le Smic. Dans sa forme actuelle, la formule de calcul du taux d'allègement Fillon ne tient pas compte des rémunérations relatives aux heures supplémentaires et complémentaires (salariés à temps partiel) versées par les employeurs à leurs salariés, qui bénéficient elles-mêmes d'une réduction spécifique de cotisations sociales depuis l'instauration de la loi TEPA. La conséquence est que les heures supplémentaires ou complémentaires ouvrent droit à l'exonération générale au même taux qu'une heure « normale » quand bien même elles sont payées davantage en raison des règles de majorations de la rémunération au titre de ces heures.

Ce dispositif conduit ainsi à aider doublement l'employeur qui recourt à des heures supplémentaires par rapport à un employeur qui rémunère globalement au même niveau un salarié sur l'année mais sans accomplir d'heures supplémentaires (donc sur la base d'un salaire horaire plus élevé). Dans le second cas, l'employeur n'a en effet pas droit aux exonérations spécifiques heures supplémentaires et par ailleurs, bien qu'ayant versé une même rémunération brute annuelle que dans le premier cas, son taux d'exonération générale est inférieur (en raison de la dégressivité du barème). Dans certains cas, il est possible que ce surplus d'exonération conduise à des effets de substitution d'heures supplémentaires au lieu de hausses de salaire sur le temps de travail normal. Ce point est notamment évoqué dans le rapport du CPO sur les niches sociales bénéficiant aux entreprises.

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

Mesure proposée :

La réduction générale de cotisations patronale sur les bas salaires constitue 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 l'an dernier de rationaliser le dispositif sans en modifier le schéma global. Le point de sortie (1,6 Smic) et le niveau de réduction sont restés 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 nécessaire 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 (soutenir la demande de travail peu qualifié) et poursuivant la démarche de rationalisation instaurée l'an passé avec l'annualisation, il est proposé d'intégrer la rémunération afférente aux heures supplémentaires dans le calcul du coefficient d'allègement.

Il est par ailleurs proposé d'affecter le rendement de cette mesure nouvelle, pour moitié à la sécurité sociale, pour moitié au panier de recettes fiscales compensant les exonérations accordées sur les heures supplémentaires et complémentaires. Ledit panier bénéficiera ainsi de 2,59 points supplémentaires de droit de consommation sur les tabacs. Le présent article organise ainsi les transferts nécessaires à cette opération, en veillant au respect des équilibres entre branches.

Autres options possibles :

Une autre façon de supprimer le double avantage en matière d'exonération sur les heures supplémentaires était envisageable. Cette option consiste, non plus à modifier le coefficient

d'exonération, mais à appliquer ce dernier à la seule rémunération hors heures supplémentaires ou complémentaires (au lieu de la rémunération totale aujourd'hui).

Par rapport à la mesure retenue, cette option présente des effets différents en fonction du salaire. Ils diminuent entre le Smic et le point de sortie de l'allègement où ils s'annulent. Une telle option a tendance ainsi à diminuer le ciblage global de l'allègement sur les rémunérations les moins élevées qui est le fondement de cette exonération.

D'une manière générale, d'autres aménagements des allègements généraux auraient pu être envisagés :

- limiter le bénéfice de l'exonération aux 1000 premiers salariés d'une entreprise ;
- abaisser le point de sortie du barème, en réservant par exemple le bénéfice de l'exonération aux salaires inférieurs à 1,4 Smic au lieu de 1,6 Smic ;
- figer en valeur la référence au Smic dans le calcul du coefficient, de sorte que les revalorisations annuelles du premier érodent peu à peu le niveau du second.

Ces options auraient pour résultat de modifier profondément l'économie globale de l'exonération et de remettre en question son efficacité : la mesure proposée est de loin celle qui aura l'impact le plus faible en termes d'emploi puisque seul le coût des heures supplémentaires est renchéri, et dans des proportions limitées (+1,56 € pour chaque heure supplémentaire quel que soit le niveau de rémunération dans une entreprise de plus de 19 salariés). Toutefois, grâce au dispositif TEPA, l'accomplissement d'heures supplémentaires demeurera moins coûteux après cette mesure qu'avant l'année 2007.

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 de l'ordre de 600 M€ 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

- a) La mesure applique-t-elle une mesure de 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) et ne pose pas de difficultés vis-à-vis du droit communautaire. L'aménagement de la détermination de la rémunération prise en compte pour son 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. Par ailleurs, les affectations de recettes, telles qu'elles résultent de la redirection de la moitié du rendement de la mesure vers la couverture des exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires, sont codifiées à l'article L.131-8 du code de la sécurité sociale. Les dispositions relatives aux ressources des organismes sont par ailleurs toilettées pour veiller à la cohérence d'ensemble.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure sera applicable dans 4 DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Barthélemy et Saint-Martin

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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€) <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2011 (rectificatif)	2012	2013	2014	2015
Tous les régimes		+ 300			
Panier fiscal de compensation des exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires		+ 300			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

L'intégration des heures supplémentaires dans le calcul de l'allègement aura pour effet de réduire le coefficient, de manière limitée, en raison de la prise en compte des majorations de rémunération par rapport aux heures normales. En cas d'absence d'heures supplémentaires ou complémentaires, l'exonération est inchangée. La mesure proposée ne revient pas sur le régime fiscal et social prévu par la loi TEPA, qu'il s'agisse des exonérations sociales (patronales et salariales) ou fiscales, dont le but est de favoriser l'accomplissement d'heures supplémentaires et qui bénéficient en premier lieu aux salariés. En conséquence, elle ne devrait avoir qu'un effet limité sur le nombre d'heures supplémentaires effectuées.

Grâce à l'exonération forfaitaire de cotisations sociales à la charge de l'employeur, le coût de l'heure supplémentaire restera inférieur à ce qu'il était avant 2007¹.

Les éventuels effets négatifs sur l'emploi devraient rester limités : en effet, la mesure n'est pas susceptible d'affecter les anticipations des entreprises sur la pérennité des allègements, le barème restant inchangé. Une mesure d'économie pesant directement sur le barème, comme cela serait le cas avec les hypothèses alternatives listées ci-dessus, créerait à l'inverse une incertitude importante préjudiciable à l'efficacité même du dispositif en termes de création d'emploi. Elle s'inscrit dans une logique de rationalisation des allègements généraux à l'instar de l'annualisation décidée l'année dernière.

b) impacts sociaux

¹ On rappelle que dans les entreprises de moins de 20 salariés, la loi TEPA a anticipé de 15 mois la fin du dispositif dérogatoire permettant de ne pas majorer les heures supplémentaires. Parallèlement, et de manière cette fois pérenne, elle a prévu d'appliquer une déduction forfaitaire majorée pour chaque heure supplémentaire dans ces mêmes entreprises. Elles bénéficient en outre depuis le 1^{er} juillet 2007 d'un coefficient majoré de l'allègement général (28,1 au lieu de 26 points au niveau du Smic).

La mesure ne concerne, par définition que les bas et les moyens salaires, dans la plage de bénéfice des allègements généraux (entre 1 et 1,6 Smic). Cependant, elle ne modifie pas le ciblage des allègements généraux, car la réduction du montant des exonérations induite ne dépend que du volume d'heures supplémentaires réalisées, et non du niveau de salaire.

Elle épargne aussi les salariés à temps partiel, dont la rémunération des heures complémentaires ne sont en général pas majorées (du moins pour les premières). Ils sont particulièrement nombreux parmi les salariés rémunérés à proximité du Smic.

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 2012 (entrée en vigueur) et en fin d'année (période correspondant aux opérations de régularisations).

d) impact budgétaire

Aucun

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 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

La mesure proposée nécessitera de modifier le décret simple fixant les modalités de calcul de la réduction à un décret simple (modification de l'article D. 241-7 du code de la sécurité sociale). Le décret modificatif sera publié avant la fin de l'année 2011.

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 2012.

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 seront associés à la mise en œuvre de cette réforme.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Dans le PQE financement annexé au PLFSS, seront 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°3-2 « suivi du financement des exonérations à vocation générale ».

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 241-13 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 241-13 modifié du code de la sécurité sociale
<p>III.-Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié. Il est égal au produit de la rémunération annuelle, telle que définie à l'article L. 242-1 par un coefficient, selon des modalités fixées par décret. 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. 3121-22 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'habillement 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 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.</p>	<p>III.-Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié. Il est égal au produit de la rémunération annuelle, telle que définie à l'article L. 242-1 par un coefficient, selon des modalités fixées par décret. 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. 3121-22 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'habillement 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 augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu. 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 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.</p>
<p>Article L. 131-8 actuel du code de la sécurité sociale</p> <p>Les organismes de sécurité sociale perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le 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, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction</p>	<p>Article L. 131-8 modifié du code de la sécurité sociale</p> <p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le 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, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L.</p>

<p>correspondant à 59,9 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 23,4 % ;</p> <p>-au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 16,7 % ;</p> <p>2° Le produit de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, mentionnée à l'article L. 137-1, est versé à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>3° Le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2 ;</p> <p>4° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques est versé à la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 ;</p> <p>5° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs, dans des conditions fixées par décret, est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1°.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et répartir le produit des taxes et des impôts mentionnés, dans les conditions prévues au présent article.</p>	<p>200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 59,03 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 24,27 % ;</p> <p>-au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 16,7 % ;</p> <p>2° Le produit de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, mentionnée à l'article L. 137-1, est versé à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>3° Le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2 ;</p> <p>4° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques est versé à la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 ;</p> <p>5° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs, dans des conditions fixées par décret, est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1°.</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 58,10 % ; - à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,86 % ; - à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime pour une fraction correspondant à 15,44 % ; - au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code pour une fraction correspondant à 1,89 % ; - aux branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L.722-27 du même code pour une fraction correspondant à 9,18 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - à l'établissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la société nationale des chemins de fer français et de la régie autonome des transports parisiens et à la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; - au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué par le III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 pour une fraction correspondant à 0,31 % ; - au fonds mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation pour une fraction correspondant à 1,48 % ; - au fonds mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail pour une fraction correspondant à 1,25 % ; - à la compensation, dans les conditions définies par l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008, des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 pour une fraction correspondant à 3,89 %. <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et répartir le produit des taxes et des impôts mentionnés, dans les conditions prévues au présent article.</p>
<p>Article L. 241-2 actuel du code de la sécurité sociale</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>(...)</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>Article L. 241-2 modifié du code de la sécurité sociale</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>(...)</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p> <p>1° Le produit des impôts et taxes mentionnés</p>

<p>consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;</p> <p>(...)</p> <p>6° La part du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 fixée au dernier alinéa du II de l'article L. 245-16.</p>	<p>à l'article L.131-8, dans les conditions fixées par cet article ;</p> <p>(...)</p> <p>6° La part du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 fixée au dernier alinéa du II de l'article L. 245-16 ;.</p> <p>[7° prévu par l'article 19 du présent PLFSS]</p> <p>8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;</p>
<p>Article L. 241-6 actuel du code de la sécurité sociale</p> <p>Les charges de prestations familiales sont couvertes par des cotisations, ressources et contributions centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.</p> <p>Les cotisations et ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent :</p> <p>1°) des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles ; des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par un arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ; ces cotisations sont intégralement à la charge de l'employeur ;</p> <p>(...)</p> <p>7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports.</p>	<p>Article L. 241-6 modifié du code de la sécurité sociale</p> <p>Les charges de prestations familiales sont couvertes par des cotisations, ressources et contributions centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.</p> <p>Les cotisations et ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent :</p> <p>1°) des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles ; des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par un arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ; ces cotisations sont intégralement à la charge de l'employeur ;</p> <p>(...)</p> <p>7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports.</p> <p>8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L.131-8, dans les conditions fixées par cet article.</p>
<p>Article L. 731-2 actuel du code rural</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>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;</p> <p>(...)</p> <p>8° Une fraction du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code</p>	<p>Article L. 731-2 modifié du code rural et de la pêche maritime</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>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;</p> <p>(...)</p> <p>8° Une fraction, fixée à l'article L.131-8 du</p>

<p>général des impôts, déterminée par l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 ;</p> <p>9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010,1609 viciés et 1618 septies du code général des impôts ;</p> <p>(...)</p>	<p>code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts;</p> <p>9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010,1609 viciés et 1618 septies du code général des impôts ;</p> <p>(...)</p>
<p>L. 741-9 actuel du code rural et de la pêche maritime</p> <p>Les ressources des assurances sociales des salariés agricoles sont constituées :</p> <p>I.-Pour l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès :</p> <p>(...)</p> <p>2° Par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II.-Pour l'assurance vieillesse et veuvage :</p> <p>1° Par une cotisation assise :</p> <p>(...)</p> <p>2° Par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>L. 741-9 modifié du code rural et de la pêche maritime</p> <p>Les ressources des assurances sociales des salariés agricoles sont constituées :</p> <p>I.-Pour l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès :</p> <p>(...)</p> <p>2° Par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>3° Par une fraction, fixée à l'article L.131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts.</p> <p>II.-Pour l'assurance vieillesse et veuvage :</p> <p>1° Par une cotisation assise :</p> <p>(...)</p> <p>2° Par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.</p> <p>3° Par une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts.</p>
<p>article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008</p> <p>I. - En application des articles L. 131-7 et L. 139-2 du code de la sécurité sociale, la compensation intégrale par l'Etat des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du même code ainsi qu'au III de l'article 1er de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat est effectuée, dans des conditions qui en assurent la neutralité financière et comptable pour les caisses et les régimes mentionnés au III du présent article, par une affectation d'impôts et de taxes.</p> <p>II. - Les impôts et taxes mentionnés au I sont :</p>	<p>article 53 modifié de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008</p> <p>I. - En application des articles L. 131-7 et L. 139-2 du code de la sécurité sociale, la compensation intégrale par l'Etat des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du même code ainsi qu'au III de l'article 1er de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat est effectuée, dans des conditions qui en assurent la neutralité financière et comptable pour les caisses et les régimes mentionnés au III du présent article, par une affectation d'impôts et de taxes.</p> <p>II. - Les impôts et taxes mentionnés au I sont :</p>

<p>1° (Abrogé) ;</p> <p>2° La contribution mentionnée à l'article 235 ter ZC du même code ;</p> <p>2° bis (Abrogé)</p> <p>3° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées.</p> <p>4° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005.</p>	<p>1° (Abrogé) ;</p> <p>2° La contribution mentionnée à l'article 235 ter ZC du même code ;</p> <p>2° bis (Abrogé)</p> <p>3° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées.</p> <p>4° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.</p>
--	---

ARTICLE 12

REDUCTION DE 3 % A 2 % DE L'ABATTEMENT POUR FRAIS PROFESSIONNELS SUR LES REVENUS D'ACTIVITE SOUMIS ASUPPORTANT LA CSG ET A LA CRDSET SUPPRESSION DE CET ABATTEMENT SUR LES REVENUS AUTRES QUE LE SALAIRE ET LES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE

I. Présentation de la mesure

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

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

L'abattement au titre des frais professionnels a été instituée pour assurer l'égalité devant les charges publiques (ce que confirme la décision du Conseil constitutionnel sur la CSG du 28 décembre 1990) 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, des possibilités de déduire au réel leurs frais de l'assiette sociale. Pour les non-salariés en effet, c'est le revenu net des charges, celles-ci comprenant les frais professionnels, qui est retenu pour déterminer l'assiette de CSG comme celle des cotisations.

Lors de la création de la CSG, le taux d'abattement pour frais professionnels avait été fixé à 5 %. Ce taux a été ramené à 3 % par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cet abaissement a été justifié à la fois par les progrès intervenus dans la connaissance des revenus des indépendants, et dans les possibilités accrues de prise en compte des frais professionnels pour les salariés suite à la réforme des règles précisées en la matière par l'arrêté du 20 décembre 2002. Cette modification du taux d'abattement a été validée explicitement par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 12 août 2004.

Le Conseil constitutionnel a alors en effet considéré, en se référant à nouveau 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* » (décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a, dans son article 20, introduit un plafonnement de l'abattement pour frais professionnels fixé à quatre plafonds mensuels de la sécurité sociale (soit 11 784 euros en 2011).

Au delà de ce dernier ajustement, les évolutions intervenues depuis le milieu des années 2000 conduisent à considérer que le taux d'abattement peut de nouveau être modifié.

En premier lieu, il convient de préciser le champ des frais couverts par ce type d'abattements. Les dépenses des salariés en lien avec leur activité comprennent principalement les frais de déplacement domicile-travail, les frais de repas, les frais liés à l'utilisation d'un téléphone ou d'un ordinateur. Dans un grand nombre de cas, ces dépenses ont un caractère mixte, et les salariés ou non salariés qui y sont exposés en sont remboursés. Ils y auraient été soumis, au moins partiellement, en dehors de leur travail : les abonnements de transport peuvent servir naturellement pour des déplacements privés, les téléphones mis à disposition, surtout s'il s'agit d'abonnements illimités, peuvent être utilisés le soir ou le week-end, des repas seraient pris, le cas échéant pour des coûts moindres, même si les individus concernés ne travaillaient pas... Il en résulte d'une part qu'on ne saurait considérer que les abattements pour frais professionnels doivent couvrir l'intégralité des dépenses précitées et d'autre part que dans certains cas, les remboursements effectués par l'employeur ou l'entreprise procurent un avantage qui bénéficie aux salariés ou non salariés concernés.

En second lieu, doivent être prises en compte les évolutions suivantes :

- en matière de transport, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (article 20 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008) a élargi le dispositif antérieur de prise en charge obligatoire d'une partie des abonnements de transport en commun, antérieurement limité à la région parisienne, à l'ensemble du territoire. Par ailleurs, il s'est accompagné de mécanismes incitatifs pour la prise en charge de frais de carburant pour les salariés ne pouvant recourir à des transports en commun.
- en matière de frais de repas, si les non salariés ne peuvent déduire que les frais liés aux repas d'affaires et aux repas ordinaires, les salariés bénéficient de dispositions plus larges principalement par le biais des titres restaurants. Les conditions d'utilisation de ces titres ont été élargies à plusieurs reprises, notamment pour l'achat de fruits et légumes. Ainsi, en 2011, la contribution des employeurs au financement de ces titres devrait représenter 3,1 Md€ contre 2,1 Md€ en 2005.
- en matière de dépenses de téléphonie mobile, on constate qu'en 2009, 21 % des actifs étaient équipés d'un téléphone mobile professionnel, selon une étude de TNS Sofres pour l'Association française des opérateurs mobiles, soit près de 5 millions des salariés. 45 % de la consommation se faisait, dans le cadre de ces abonnements, en dehors des horaires de travail. Ces chiffres ne tiennent pas compte des remboursements, partiels ou globaux, que peuvent effectuer les employeurs au titre d'abonnements souscrits à titre privé par les salariés. La prise en charge des dépenses de téléphone que ce soit du strict point de vue des appels liés à l'activité professionnelle ou ceux passés à titre personnel s'est ainsi considérablement accrue depuis 2004.

En troisième lieu, s'agissant des non salariés, on a assisté à une poursuite de la hausse du recours aux associations de gestion agréées : le taux de recours, soit 80 %, a cru de plus de 5 points depuis 2004. Ce facteur concourt à la limitation des frais professionnels effectivement déduits par les non salariés compte tenu des contrôles spécifiques menés par ces associations dans ce domaine.

En ce qui concerne le mode de calcul de l'abattement forfaitaire, l'application du taux de 3 % sur les éléments de revenu d'activité qui ne constituent pas du salaire n'est pas cohérente car ces éléments de rémunération (intéressement, participation, financement de la protection sociale complémentaire en entreprise, sommes versées lors de la rupture du contrat de travail) sont étrangers à la notion de frais professionnels. En particulier l'intégration, au travers de cet abattement, de frais professionnels sur des sommes qui revêtent un caractère aléatoire n'a guère de sens.

A cet égard, il faut noter que dans la décision de 2004 précitée, le Conseil constitutionnel évoque bien la notion de « salaires » et non de celle de « rémunérations » au sens large.

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

Mesure proposée :

La réforme consiste en :

- La minoration de 1 % de l'abattement actuel, afin de le porter à 2 % ;
- La suppression de cet abattement pour :
 - l'épargne salariale (PEE, PEI, PERCO),
 - l'intéressement et la participation,
 - le financement employeur de la protection sociale complémentaire en entreprise,
 - les indemnités versées lors de la rupture du contrat de travail (hors rappels de salaires),
 - les indemnités perçues par les différents élus,
 - la contribution de l'employeur à l'acquisition des chèques vacances dans les entreprises de moins de 50 salariés,
 - le bonus exceptionnel « outre-mer » prévu par la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

A noter que l'abattement sera préservé pour les allocations de recherche d'emploi (ARE), pour lesquels la notion de frais professionnels fait sens compte tenu de la nécessité d'engager des frais pour les demandeurs d'emploi (transports, vêtement, etc.).

Autre option possible :

Il pouvait être envisagé de prévoir une déduction des frais professionnels « au réel ».

Une telle mesure aurait un impact tout à fait considérable d'alourdissement de leur gestion pour l'ensemble des salariés et leur employeur avec un coût induit parfois supérieur aux sommes concernées.

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

La mesure 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 estimés à 595 M€ pour 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

- a) La mesure relève- 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

L'assiette et le taux de l'abattement de CSG au titre des frais professionnels est fixé au 2^{ème} alinéa du I de l'article L. 136-2 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 quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

- a) Impact économique

L'impact de la réforme sur les salariés reste individuellement marginal : pour un salarié au Smic, l'impact est d'un euro par mois.

Elle permettra en outre de simplifier et donc d'alléger le coût des formalités déclaratives et de paiement des entreprises, car la prise en compte d'éléments versés de manière décalée par rapport au salaire et suivant des chaînes de traitement différenciées (participation, intéressement, sommes versées lors de la rupture du contrat) pour l'appréciation du plafond - égal 4 fois la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale - applicable à l'abattement de 3 % est une source de complexité qu'ont souligné à l'administration de nombreux professionnels de la paye ainsi que des représentants des entreprises.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P	2013	2014	2015
Total		+ 595	<i>A compléter</i>	<i>A compléter</i>	<i>A compléter</i>
Dont impact total CSG		+ 558			
AM		+ 393			
CNAF		+ 60			
FSV		+ 62			
CNSA		+ 7			
CADES		+ 36			
Dont impact total CRDS		+ 37			
CADES		+ 37			

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

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

La réforme de l'abattement pour frais professionnel, qui s'applique à une contribution due par le salarié, et qui est fixée de manière forfaitaire sans lien avec les remboursements effectués par les employeurs, est sans impact sur les décisions des employeurs dans ce domaine.

c) Impact sur l'environnement

Sans objet.

2. 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) impact sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Pas de difficulté technique particulière de mise en œuvre.

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

La mesure ne devrait pas entraîner de difficulté technique particulière de mise en œuvre. La limitation du champ de l'abattement au titre des frais professionnels devrait même, on la vu plus haut, être source de simplification.

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire. Une circulaire pourra le cas échéant venir préciser cette mesure.

La mesure pourra s'appliquer au 1^{er} janvier 2012.

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

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'efficience (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, efficience) ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.136-2 CSS (actuel)	Article L.136-2 CSS (modifié)
<p>I. (...)</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>II.-Sont inclus dans l'assiette de la contribution :</p> <p>1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ;</p> <p>2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du code du travail, ainsi que les sommes versées par l'entreprise en application de l'article L. 3332-27 du même code ; la contribution est précomptée par l'entreprise ou l'organisme de gestion respectivement lors de la répartition de la réserve spéciale, ou lors du versement au plan d'épargne d'entreprise ;</p> <p>3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité représentative de frais de mandat, au plus égale au montant brut cumulé des deux précédentes et versée à titre d'allocation spéciale pour frais par les assemblées à tous leurs membres, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;</p> <p>b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;</p> <p>c) La rémunération et les indemnités par jour de</p>	<p>I. (...)</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 2 % de ce montant. Cette réduction ne s'applique ni aux éléments mentionnés au II du présent article, ni à ceux mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 137-15 .</p> <p>II.-Sont inclus dans l'assiette de la contribution :</p> <p>1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ;</p> <p>2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du code du travail, ainsi que les sommes versées par l'entreprise en application de l'article L. 3332-27 du même code ; la contribution est précomptée par l'entreprise ou l'organisme de gestion respectivement lors de la répartition de la réserve spéciale, ou lors du versement au plan d'épargne d'entreprise ;</p> <p>3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité représentative de frais de mandat, au plus égale au montant brut cumulé des deux précédentes et versée à titre d'allocation spéciale pour frais par les assemblées à tous leurs membres, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;</p> <p>b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;</p>

présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social (1) ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;

e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales.

4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 et au cinquième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujéti aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujéties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujéties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

5° bis Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède la part

c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social (1) ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;

e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales.

4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 et au cinquième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujéti aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujéties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujéties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

5° bis Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou,

des indemnités exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code ; Toutefois, en cas de cessation forcée des fonctions, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujetties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la cessation forcée des fonctions et de celles visées à la première phrase du 5° ;

6° L'allocation visée à l'article 15 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille ;

7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.

en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède la part des indemnités exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code ; Toutefois, en cas de cessation forcée des fonctions, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujetties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la cessation forcée des fonctions et de celles visées à la première phrase du 5° ;

6° L'allocation visée à l'article 15 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille ;

7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.

ARTICLE 13

ASSUJETTISSEMENT A LA CSG DU COMPLEMENT DU LIBRE CHOIX D'ACTIVITE (CLCA) ET DU LIBRE CHOIX D'ACTIVITE OPTIONNEL (COLCA)

I. Présentation de la mesure

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

1.1. Des prestations complémentaires de l'allocation de base de la PAJE, à fort enjeu financier

Le Complément du libre choix d'activité (CLCA) est une composante de la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Il vient compléter l'allocation de base versée au titre de cette prestation.

Le CLCA est attribué à la condition que le parent ait exercé une activité professionnelle antérieure ayant donné lieu à la validation de 8 trimestres à l'assurance vieillesse dans les 2 ans qui précèdent la naissance d'un premier enfant, dans les 4 ans s'il s'agit d'un deuxième enfant ou dans les 5 ans pour les enfants de rang trois ou plus. Sauf pour le 1^{er} enfant, sont assimilées à de l'activité effective les périodes de perception des indemnités de chômage et d'un CLCA antérieur. Il peut être alloué jusqu'au mois précédent le 3^{ème} anniversaire du dernier enfant ou pour une période de 6 mois lorsqu'il s'agit du premier enfant.

En 2011, son montant est le suivant :

- en cas de cessation totale d'activité : 380 €, ou 560 € si l'allocation de base de la PAJE n'est pas perçue.
- en cas d'activité à taux partiel : 245 € si l'activité professionnelle est exercée à mi-temps et 426 € si l'allocation de base n'est pas perçue ; 141 € pour l'activité professionnelle comprise entre 50% et 80%, et 322 € si l'allocation de base n'est pas perçue.

Le Complément du libre choix d'activité optionnel (COLCA) est une allocation d'un montant plus important que le CLCA à taux plein, versé pendant une période plus courte. Il est conditionné à la cessation d'activité et au fait d'avoir au moins trois enfants.

En 2011, son montant s'élève à 801 € si le bénéficiaire ne perçoit pas l'allocation de base de la PAJE ou 620 € dans le cas où il la perçoit.

Le CLCA et le COLCA ne sont pas imposables au titre de l'impôt sur le revenu, puisqu'ils sont intégrés à la liste des prestations familiales¹ qui ne sont pas soumises à cet impôt en vertu de l'article 81 du code général des impôts². Ils sont assujettis à la CRDS, mais non à la CSG.

Versé en 2009 à plus de 570 000 bénéficiaires, le CLCA a représenté un coût de 2,3 Md€. Versé à 2 300 bénéficiaires en 2009, le COLCA a représenté un coût annuel de 18,3 M€.

1.2. Prestations familiales selon le code de la sécurité sociale, le CLCA et le COLCA sont en réalité des revenus de remplacement.

Le non assujettissement du CLCA/COLCA à la CSG tient au seul fait qu'ils sont qualifiés de prestations familiales par le code de la sécurité sociale, sans que leur véritable nature n'ait été prise en compte.

Si cette qualification, permettant la déduction du revenu fiscal de référence et l'exemption de l'assiette de l'impôt sur le revenu, ne paraît pas en soi contestable, les conséquences qu'elle induit en matière de CSG le sont moins dès lors que l'on considère la véritable nature du CLCA/COLCA, qui constituent des revenus de remplacement : ce sont en effet des prestations destinées à compenser partiellement une perte de revenus normalement imposables, qui offrent un revenu de substitution à l'activité

¹ L'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale énumère de façon limitative les 8 prestations familiales (la prestation d'accueil du jeune enfant dans toutes ses composantes, les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de logement familiale, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de soutien familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation journalière de présence parentale).

² L'article 81, 2° du code général des impôts dispose que « sont affranchis de l'impôt les prestations familiales énumérées par l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale ».

interrompue ou réduite, ayant vocation à suivre le même régime d'imposition que celui des ressources qu'ils remplacent.

Leur véritable nature de revenu de remplacement est relevée par l'inspection générale des finances, dans sa *Revue des dépenses fiscales et des niches sociales*³ de juin 2011 du fait des trois caractéristiques principales :

- Le CLCA et le COLCA sont subordonnés à une cessation ou à une réduction d'activité et visent à compenser la perte de revenu qui en découle ;
- Ils ne sont pas soumis à des conditions de revenu⁴ ;
- Ils permettent l'acquisition de droits à retraite (assurance vieillesse des parents au foyer).

Leur exemption de l'assiette de la CSG du seul fait de leur définition juridique actuelle en droit de la sécurité sociale n'est donc pas justifiée.

Dès lors, il est nécessaire de revenir à un traitement plus équitable :

- par rapport autres bénéficiaires de revenus de remplacement : pensions de retraite, indemnités journalières, allocations chômage, qui acquittent- sauf les plus modestes d'entre eux- de la CSG selon des taux réduits dont le plus élevé se situe à 6,6%.
- par rapport aux salariés modestes et/ou à temps partiel qui acquittent de la CSG à 7,5% sur leur salaire, quel que soit leur revenu.

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

Mesure proposée

La mesure retenue consiste, en tirant les conséquences de la qualification de fait de « revenu de remplacement » qui peut être attribuée au CLCA et au COLCA, à les assujettir à la CSG au taux de droit commun des revenus de remplacement, soit 6,2%.

Les recettes ainsi dégagées sont affectées par dérogation **à la seule branche famille du régime général de la sécurité sociale.**

Autre option possible

L'imposition au titre de l'impôt sur le revenu, couplée à l'assujettissement à la CSG, pourrait être considérée dès lors que l'on qualifie le CLCA de revenu de remplacement. Elle rapporterait 100 M€ en 2013, mais elle paraît néanmoins très difficile, en l'absence d'une revalorisation de la prestation permettant de neutraliser le nouveau prélèvement fiscal.

Appliquer un taux de droit commun de CSG (7,5% après déduction de l'abattement au titre des frais professionnels) serait envisageable à la condition de considérer que le CLCA et le COLCA sont des revenus d'activité, ce qui n'est pas le cas.

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

La mesure modifie l'assiette d'une contribution affectée à la sécurité sociale et relève donc de la loi de financement en vertu du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. Elle a en outre pour effet d'augmenter les recettes de la branche famille du régime général de la sécurité sociale à hauteur de 140 millions d'euros et relève donc également de la LFSS en vertu du 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

³ Rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, IGF, juin 2011, rapport n° M-2011-013-01, Annexe A, fiche « NS inactivité NR6 et 7 ».

⁴ Seuls les compléments de frais de l'AJPP sont soumis à plafonds de revenu. Ce n'est pas le cas de l'allocation de base.

III. Aspects juridiques :

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

- a) La mesure relève- 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 mesure est codifiée aux articles L. 136-2, L. 136-5 et L. 136-8 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 quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

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>				
	2011 (rectificatif)	2012 P	2013	2014	2015
	CNAF		+ 140		

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

2. Impact économiques, sociaux et environnementaux

- a) Impact économique

Le dispositif proposé est susceptible d'induire des effets positifs sur l'emploi : en effet, le signal-prix envoyé aux ménages devrait conduire à un arbitrage des bénéficiaires en faveur de l'activité professionnelle à temps partiel ou à temps plein. Il s'inscrit ainsi pleinement dans la stratégie du Gouvernement d'optimiser l'insertion professionnelle des parents.

- b) Impact sociaux

Voir ci-dessus.

- c) Impact 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 minore le montant des prestations versées aux bénéficiaires du CLCA ou du COLCA, avec un impact de l'ordre de 20€ par mois (sur la base du montant moyen perçu au titre du CLCA de 330€).

Ce montant reste limité, notamment dans la mesure où le CLCA (ou le COLCA) :

- intervient en complément de la prestation de base de la PAJE qui est de 180€ (pour les ménages en deçà d'un certain niveau de ressources), et qui est exemptée de tout prélèvement ;
- ou est majoré à hauteur de ce même montant de 180€ pour les personnes trop aisées pour recevoir l'allocation de base.

Les bénéficiaires du CLCA et du COLCA ne se situent pas seulement parmi les ménages aux revenus les plus modestes. L'avantage accordé au titre de l'impôt sur le revenu est une fonction croissante des revenus du ménage.

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

Le précompte de la CSG sur le CLCA et sur le COLCA sera opéré par les caisses d'allocations familiales ou les caisses locales de la CCMSA.

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

La mesure ne présente pas de difficulté technique particulière de mise en œuvre. Le système d'information de CNAF et de la MSA-branche famille devra être modifié.

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire. Une circulaire pourra le cas échéant venir préciser cette mesure.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

La mesure pourra s'appliquer sur les prestations versées à compter du 1^{er} janvier 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les bénéficiaires des CLCA et COLCA seront informés via le réseau des CAF.

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>Article L. 136-2 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>III.- Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :</p> <p>1° Les allocations de chômage (...);</p> <p>2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus (...);</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 à 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. 6341-1, et L. 6341-7 du code du travail;</p> <p>4° Les pensions alimentaires (...);</p> <p>5° Les salaires versés au titre des contrats conclus en application de l'article L. 117-1 du code du travail ; [contrats d'apprentissage]</p> <p>6° L'allocation de veuvage (...);</p> <p>7° L'indemnité de cessation d'activité visée au (...) [cessation anticipée d'activité].</p> <p>Article L. 136-5 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>L. 136-5 - La contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1, L. 136-2, L. 136-3 sous réserve de son deuxième alinéa, et L. 136-4 ci-dessus est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même</p>	<p>Article L. 136-2 (modifié) du code de la sécurité sociale</p> <p>III.- Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :</p> <p>1° Les allocations de chômage (...);</p> <p>2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus (...);</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 à 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. 6341-1, et L. 6341-7 du code du travail ;</p> <p>4° Les pensions alimentaires (...);</p> <p>5° Les salaires versés au titre des contrats conclus en application de l'article L. 117-1 du code du travail ; [contrats d'apprentissage]</p> <p>6° L'allocation de veuvage (...);</p> <p>7° L'indemnité de cessation d'activité visée au (...) [cessation anticipée d'activité];</p> <p>8° Les prestations familiales visées à l'article L. 511-1 à l'exception du complément de libre choix d'activité visé à l'article L. 531-4, l'allocation aux adultes handicapés prévue par le titre II du livre VIII et l'allocation personnalisée d'autonomie prévue par le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>9° L'aide personnalisée au logement visée par les articles L. 351-1 à L. 351-14 du code de la construction et de l'habitation ainsi que l'allocation de logement social prévue par l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Article L. 136-5 (nouveau) du code de la sécurité sociale</p> <p>L. 136-5 - La contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1, L. 136-2, L. 136-3 sous réserve de son deuxième alinéa, et L. 136-4 ci-dessus est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même</p>
--	---

catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur l'allocation mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

II. La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles est directement recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles.

La contribution due sur les revenus des

catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur l'allocation mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

II. La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles est directement recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles.

La contribution due sur les revenus des

personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles.

III. - La contribution due sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2 est précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 et L. 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées à l'article L. 612-4 et servies par les régimes de base et les régimes complémentaires est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations ; elle est versée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 612-9. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées au II de l'article 1106-6-1 du code rural est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations. La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application des dispositions de l'article L. 223-16 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement de l'ensemble des charges assises sur ces indemnités et avantages sous réserve d'exceptions prévues par arrêté.

IV. - La contribution sociale entre dans les obligations financières incombant aux employeurs, ou personnes qui y sont substituées en droit, en vertu des articles L. 124-8 et L. 763-9 du code du travail.

V. - Les règles édictées ci-dessus donnent lieu à application :

1° Des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II dans leur

personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles.

III. - La contribution due sur les pensions d'invalidité, **le complément libre choix d'activité prévu à l'article L. 534-1** et sur les indemnités journalières ou allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2 est précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 et L. 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées à l'article L. 612-4 et servies par les régimes de base et les régimes complémentaires est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations ; elle est versée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 612-9. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées au II de l'article 1106-6-1 du code rural est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations. La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application des dispositions de l'article L. 223-16 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement de l'ensemble des charges assises sur ces indemnités et avantages sous réserve d'exceptions prévues par arrêté.

IV. - La contribution sociale entre dans les obligations financières incombant aux employeurs, ou personnes qui y sont substituées en droit, en vertu des articles L. 124-8 et L. 763-9 du code du travail.

V. - Les règles édictées ci-dessus donnent lieu à application :

1° Des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II dans leur

<p>rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Des dispositions de l'article L. 652-3 pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la contribution prévue à l'article L. 136-3 et, par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4 ;</p> <p>3° Des dispositions des articles 1034, 1035 et 1036 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural et du décret n° 79-707 du 8 août 1979 dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.</p> <p>Les différends nés de l'assujettissement à la contribution des revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L.136-4 relèvent du contentieux de la sécurité sociale et sont réglés selon les dispositions applicables aux cotisations de sécurité sociale, conformément aux dispositions du chapitre III du titre III et des chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, les décisions rendues par les tribunaux de sécurité sociale jugeant des différends portant sur la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement sont susceptibles d'appel quel que soit le montant du litige.</p> <p>Article L. 136-8 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>I. - Le taux des contributions sociales est fixé :</p> <p>1° A 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;</p> <p>2° A 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;</p> <p>3° A 6, 9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.</p> <p>II. - Par dérogation au I :</p> <p>1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;</p> <p>2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.</p>	<p>rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Des dispositions de l'article L. 652-3 pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la contribution prévue à l'article L. 136-3 et, par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4 ;</p> <p>3° Des dispositions des articles 1034, 1035 et 1036 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural et du décret n° 79-707 du 8 août 1979 dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.</p> <p>Les différends nés de l'assujettissement à la contribution des revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L.136-4 relèvent du contentieux de la sécurité sociale et sont réglés selon les dispositions applicables aux cotisations de sécurité sociale, conformément aux dispositions du chapitre III du titre III et des chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, les décisions rendues par les tribunaux de sécurité sociale jugeant des différends portant sur la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement sont susceptibles d'appel quel que soit le montant du litige.</p> <p>Article L. 136-8 (modifié) du code de la sécurité sociale</p> <p>I. - Le taux des contributions sociales est fixé :</p> <p>1° A 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;</p> <p>2° A 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;</p> <p>3° A 6, 9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.</p> <p>II. - Par dérogation au I :</p> <p>1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 et le complément de libre choix d'activité mentionné au 8° du III du même article ;</p> <p>2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.</p>
---	---

III. - Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article.

IV. - Le produit des contributions mentionnées au I est versé :

1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,82 % et, par dérogation, de 0,8 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;

2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 % et, par dérogation, de 0,83 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;

3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ;

4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux :

a) Sous réserve des dispositions du g, de 5,25 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;

b) De 4,85 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;

c) De 5,95 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;

d) De 3,95 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;

e) De 4,35 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;

f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ;

g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %.

5° A la Caisse d'amortissement de la dette

III. - Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article.

IV. - Le produit des contributions mentionnées au I est versé :

1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,82 % et, par dérogation, de 0,8 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % **ainsi que, par dérogation, pour la totalité de la contribution assise sur le complément de libre choix d'activité mentionné au 1° du II ;**

2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 % et, par dérogation, de 0,83 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;

3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ;

4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux :

a) Sous réserve des dispositions du g, de 5,25 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;

b) De 4,85 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;

c) De 5,95 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;

d) De 3,95 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;

e) De 4,35 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;

f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ;

g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %.

5° A la Caisse d'amortissement de la dette

<p>sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,48 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,28 %.</p> <p>V. - Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ;</p> <p>2° Au fonds de solidarité vieillesse, pour 14 % ;</p> <p>3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour 2 % ;</p> <p>4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1, pour 66 %.</p>	<p>sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,48 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,28 %.</p> <p>V. - Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ;</p> <p>2° Au fonds de solidarité vieillesse, pour 14 % ;</p> <p>3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour 2 % ;</p> <p>4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1, pour 66 %.</p>
--	--

ARTICLE 14

HARMONISATION DE L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION SOCIALE DE SOLIDARITE DES SOCIETES (C3S)

I. Présentation de la mesure

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

Depuis son origine (1970), la C3S est un prélèvement à finalité exclusivement sociale consistant à assujettir l'ensemble des ressources provenant de l'activité professionnelle des entreprises, en fonction de leur poids relatif dans l'économie. Le chiffre d'affaires des entreprises est soumis à la C3S au taux de 0,16%¹ lorsqu'il est supérieur à 760 000 €. La C3S a concerné près de 300 000 entreprises et rapporté 5 Md€ en 2010.

L'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée du « chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ». Pour que l'assiette de la C3S soit représentative des différentes catégories d'entreprises, le législateur de 1970 a prévu que les établissements financiers doivent ajouter à l'assiette de droit commun, « les produits de leur exploitation qui n'entrent pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires ».

Or, suite à l'adoption de l'article 44 de la LFSS pour 2011 qui a rendu pleinement effectif le contrôle sur pièces, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution (service de la caisse nationale du Régime social des indépendants – RSI) a obtenu des redevables du secteur financier les documents justifiant leur assiette déclarée au titre de la C3S 2008 à 2010. Ceux-ci ont confirmé l'existence de pratiques très hétérogènes, d'un établissement de crédit à l'autre, dans la détermination de l'assiette de la contribution. Certains établissements se livrent en effet à une interprétation très favorable des textes alors que d'autres adoptent un comportement plus conforme à celui sans doute attendu par le législateur de 1970. Il ressort de l'analyse des réponses fournies, que chaque établissement a sa propre interprétation de la notion de « produits de leur exploitation » constitutifs de chiffre d'affaires au sens de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale.

Ces pratiques qui contreviennent à l'équité du prélèvement se traduisent en outre par un manque à gagner significatif pour les organismes de sécurité sociale.

Ce constat rend nécessaire l'intervention du législateur pour clarifier pour le futur l'assiette de la contribution et mettre un terme à l'hétérogénéité des pratiques et le cas échéant aux comportements d'optimisation observés jusqu'à présent.

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

Mesure proposée :

La mesure entend résoudre une inégalité de traitement social constatée entre les différents établissements de crédits redevables de la C3S en retenant, les concernant, une définition autonome et harmonisée de l'assiette de la contribution qui ne soit plus sujette à interprétation.

Cette définition s'inspire de celle retenue au plan fiscal pour la détermination de la cotisation sur la valeur ajoutée - CVAE - des établissements de crédit².

Ainsi, le chiffre d'affaires des établissements de crédit constituant l'assiette de la C3S comprendra l'ensemble des produits d'exploitation bancaires et les produits divers d'exploitation. En comptabilité bancaire, ces revenus sont regroupés respectivement dans les comptes 700 à 747 et compte 749 du plan comptable des établissements de crédit (PCEC). Ils couvrent l'ensemble de l'activité bancaire, notamment les prestations de service à la clientèle (rémunérées par des commissions), les activités d'intermédiation sur dépôts et crédits (génératrices de marges d'intérêts), l'activité de marché et d'investissement (produisant intérêts, plus-values, dividendes et marges de négociation) etc.

¹ Soit 0,13% de C3S et 0,03% de contribution additionnelle.

² Article 1586 sexies III 1 du code général des impôts

Certains produits ne se rapportant pas à l'exploitation proprement dite ou relevant d'une logique patrimoniale (dividendes et certaines plus-values notamment) ne seront pas retenus dans l'assiette de la contribution.

Par ailleurs, afin de concilier l'intention originelle du législateur et la réalité des métiers du secteur, certaines opérations à dominante financière (opérations sur instruments à terme et sur devises) seront retenues dans le chiffre d'affaires pour leur montant net (différence positive entre les flux financiers reçus et les flux financiers versés). Lorsqu'un contrat dégage un flux net négatif, celui-ci ne sera pas retenu pour la détermination du chiffre d'affaires. Par conséquent, les charges concernant les instruments financiers à terme et les opérations sur devise ne seront admises en déduction qu'à concurrence des produits sur instruments financiers à terme pour ne retenir dans l'assiette de la contribution que les flux nets positifs. Enfin, pour de tenir compte des spécificités de certains établissements, il est instauré un dispositif de plafonnement de la contribution, sur le modèle de ce qui existe en matière de commerce international ou de commerce de gros de produits pétroliers. Ainsi, pour les établissements de crédit, et notamment les banques d'investissement, dont le produit net bancaire est au plus égal à 10% du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 ne pourra excéder 1,6 % du produit net bancaire calculé sur un périmètre similaire à celui de l'assiette nouvellement définie.

Afin de poursuivre la clarification et la modernisation de l'assiette de la contribution du secteur financier, l'assiette des sociétés d'assurance sera à court terme également redéfinie.

Autres options possibles : L'autre option possible serait d'opérer un contrôle systématique de l'ensemble des organismes financiers et de redresser ceux qui retiennent les assiettes les plus faibles. Une telle mesure, dont le résultat serait très long compte tenu des recours qui ne manqueraient pas d'être soulevés, et incertain en raison de l'absence de jurisprudence importante sur ces sujets, générerait une conflictualité inutile avec les acteurs concernés.

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

Le produit de la C3S est affecté au financement du RSI et de la CCMSA. Celui de la C3S additionnelle est affecté depuis 2011 au FSV.

La mesure 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 estimé à 150 M€ pour 2012 (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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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. Elle vise à clarifier la notion de chiffre d'affaires sur laquelle est assise la contribution. Elle ne modifie pas la nature juridique de la C3S à caractère non fiscal, qui ne frappe pas les transactions commerciales, jugée conforme au droit communautaire et à la 6^e directive TVA.

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

a) Possibilité de codification

Le dispositif requiert une modification de l'article L. 651-5 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 s'applique dans le périmètre des régimes et organismes de protection sociale concernés soit les DOM, 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 a été estimé à partir des documents³ fournis à l'organisme en charge du recouvrement, par un panel de 91 établissements de crédit, dans le cadre de l'action de contrôle de l'assiette des établissements de crédit effectuée au titre de la C3S 2008 à 2010.

La comparaison entre les éléments retenus actuellement par ces établissements pour la détermination de leur chiffre d'affaires et celui découlant de l'assiette envisagée permet d'évaluer l'impact financier de la mesure à 150 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) +150M€ <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CCMSA (C3S 30.89%) FSV (C3S 69.11% + C3S additionnelle)		+38M€ +112 M€			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

La clarification de l'assiette de la contribution sera limitée pour la majorité des établissements de crédit et se concentrera pour une large part sur les quelques établissements de crédit qui en retenant une assiette faible de la contribution, bénéficient aujourd'hui d'un avantage concurrentiel indu.

Les éléments nécessaires à la détermination de la nouvelle assiette sont facilement disponibles pour les redevables puisqu'ils figurent dans leurs comptes et dans les états standardisés qu'ils transmettent à l'Autorité de Contrôle Prudentiel.

b) impacts sociaux

La mesure confortera le rendement de la C3S qui est une ressource fondamentale pour l'équilibre des régimes de non salariés.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

³ Comptes de résultat détaillé modèle 4080.

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 nécessite une modification du formulaire déclaratif de la C3S en ligne sur le portail Net-entreprises, dans un délai compatible avec la prochaine échéance déclarative (mai 2012).

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

L'impact est limité à la modification du portail déclaratif mentionnée ci-dessus.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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 ne nécessite aucun texte réglementaire d'application. Une circulaire ministérielle commentera les dispositions adoptées.

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. La mesure s'appliquera à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 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'efficience (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, efficience) ?

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

Article L. 651-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 651-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés et entreprises se livrant au commerce des valeurs et de l'argent, ainsi que pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.</p> <p>Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des</p>	<p>Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés et entreprises se livrant au commerce des valeurs et de l'argent, ainsi que pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.</p> <p>Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêts, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.</p> <p>Pour les établissements et entreprises mentionnés à l'alinéa précédent dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire</p> <p>Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des</p>

<p>commissions versées.</p> <p>Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.</p> <p>Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.</p> <p>Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.</p> <p>Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.</p> <p>Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à</p>	<p>commissions versées.</p> <p>Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.</p> <p>Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.</p> <p>Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.</p> <p>Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.</p> <p>Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à</p>
---	---

<p>l'article L. 421-1 du code de la mutualité.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.</p> <p>Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.</p> <p>Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.</p>	<p>l'article L. 421-1 du code de la mutualité.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.</p> <p>Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.</p> <p>Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.</p>
--	--

ARTICLE 15

REVISION DU BAREME DE LA TAXE SUR LES VEHICULES DE SOCIETE

I. Présentation de la mesure

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

Les sociétés, quelle qu'en soit la forme, sont passibles de la taxe sur les véhicules des sociétés (TVS) au titre des véhicules qu'elles utilisent, qu'elles possèdent ou qu'elles louent. Depuis 2006, la TVS s'applique selon un barème progressif assis sur la quantité de CO₂ émise par le véhicule. Cette progressivité visait à inciter les sociétés à renouveler leur parc automobile au profit de véhicules moins polluants. Pour les voitures dont les mises en circulation sont antérieures à 2006, le barème reste celui des chevaux fiscaux.

Depuis cette date, le barème de la TVS est demeuré inchangé. Il apparaît aujourd'hui obsolète et son effet incitatif sur le comportement des entreprises est largement remis en cause pour deux raisons.

D'une part, il existe d'autres mécanismes publics récents d'incitation au renouvellement du parc automobile : le bonus / malus, la prime à la casse (qui est certes un dispositif transitoire) ou encore l'interdiction des véhicules polluants en centre-ville. D'autre part, les technologies ont sensiblement progressé et l'offre des constructeurs automobiles s'est largement déplacée vers des véhicules moins polluants, comme en témoigne l'essor des gammes économiques et inférieures qui représentent 55% des immatriculations depuis le début de l'année 2011.

En conséquence, on constate une érosion accélérée de la recette et la suppression des effets incitatifs de la taxe. En outre, l'assiette de la TVS est minorée par l'existence d'exonérations qui n'apparaissent pas cohérentes avec l'objectif de modification générale des comportements.

Une rénovation du barème de la TVS et une suppression des niches qui amputent son assiette apparaissent donc nécessaires.

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

Mesure proposée

La mesure vise à tirer les conséquences des évolutions technologiques et du renouvellement du parc automobile français par la révision des tranches du barème de la TVS :

- en fonction du niveau d'émissions de CO₂ par un alignement sur le barème du bonus au 1^{er} janvier 2012 ;
- et sur sa composante chevaux fiscaux.

Elle remet en cause les exonérations existantes non justifiées par des impératifs économiques et environnementaux (notamment biocarburants) dans une optique d'incitation écologique et de stabilisation des recettes du fait du barème constant.

Elle s'insère en outre dans le prolongement de la mesure prise lors de loi de finances pour 2011 qui a réintégré dans l'assiette de la taxe les véhicules de type N1 qui comptent parmi les plus gros émetteurs de CO₂.

- Révision des tranches du barème progressif assis sur la quantité de CO₂

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètre)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)
Inférieur ou égal à 50	0
Supérieure à 50 et inférieure ou égal à 100	1
Supérieure à 100 et inférieure ou égal à 120	4
Supérieure à 120 et inférieure ou égal à 140	5,5
Supérieure à 140 et inférieure ou égal à 160	11,5
Supérieure à 160 et inférieure ou égal à 200	18
Supérieure à 200 et inférieure ou égal à 250	21,5

Supérieure à 250	27
------------------	----

- Révision du barème chevaux fiscaux

Chevaux fiscaux	Tarif applicable (en euros)
Inférieur ou égal à 3	750
De 4 à 6	1400
De 7 à 10	3000
De 11 à 15	3600
Supérieure à 15	4500

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

Le produit de la TVS est affecté au financement de branche maladie du régime des exploitants agricoles géré par la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

La mesure 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 estimé à 100M€ pour 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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, même si elle s'inscrit dans le cadre des réflexions en cours en matière de taxation de l'énergie au sein de l'Union européenne. Les projets de directive actuellement à l'étude sont en effet assis sur le principe d'une taxation par gramme de dioxyde de carbone rejeté.

- 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.

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

- a) Possibilité de codification

La mesure requiert:

- la modification de l'article 1010 du Code Général des Impôts ;
- la suppression de l'article 1010 A du Code Général des Impôts.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Actuellement, la TVS est applicable en France métropolitaine et dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion). Elle n'est pas applicable à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Or, selon l'article LO. 6214-4 du Code Général des Collectivités Territoriales, ces collectivités sont

compétentes en matière d'impôts, droits et taxes sans préjudice des règles fixées par l'Etat en matière de cotisations sociales et des autres prélèvements destinés au financement de la protection sociale et à l'amortissement de la dette sociale, par analogie avec les règles applicables en Guadeloupe. La TVS étant applicable en Guadeloupe, il convient de prévoir spécifiquement l'application de la TVS en tant que prélèvement social à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier a été évalué sur la base des données détaillées sur le parc automobile détenu par les professionnels. Pour mémoire, on rappelle que le rendement de la taxe décroît tous les ans entre -6% et -10% du fait de l'application d'un barème inchangé. Le produit de la taxe s'est ainsi élevé à 1,1 milliards d'euros en 2009 et à 990 millions d'euros en 2010. L'application des nouveaux barèmes devrait conduire à retrouver en 2012 un rendement de la TVS proche de son niveau de 2008/2009, soit 1,1 milliard 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>				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
MSA – branche maladie du régime des exploitants agricoles		+ 100 M€			

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 se traduit au global par une évolution de 10% de la charge supportée par les entreprises qui détiennent un parc automobile (à l'exception des entreprises de location de courte durée). L'impact individuel pourra être amoindri si les entreprises décident de remplacer une partie de leur parc par des véhicules plus propres.

A ce titre, elle est à même de dynamiser également les achats de véhicules neufs.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

En fonction des effets incitatifs qu'elle comporte, la mesure contribuera à diminuer les émissions de CO₂.

Celles-ci s'élevaient globalement à 375 Mt en 1990. Elles sont sur la dernière année connue (2011, chiffre provisoire) de 360 Mt. Le transport routier représente 32% de ces émissions. L'objectif du protocole de Kyoto est d'atteindre une baisse de 20% en 2020 par rapport à 1990, soit un niveau de 300 Mt.

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 sociétés redevables n'auront aucune démarche ou formalité supplémentaire à faire. Les taux d'émission de CO2 figurent sur la carte grise des véhicules.

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

La TVS est gérée par les services de la direction générale des finances publiques (DGFIP) pour le compte des organismes de protection sociale qui en sont affectataires.

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

La mesure nécessite une modification de l'imprimé déclaratif n° 2855 ainsi qu'une prise en compte dans le système d'information de la DGFIP.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée à moyens constants.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée à moyens constants.

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 mise en œuvre dès l'entrée en vigueur de la LFSS au 1^{er} janvier 2012. Toutefois, le nouveau barème s'appliquera à la période annuelle d'imposition qui débute le 1^{er} octobre 2011 qui fera l'objet d'un versement unique à l'automne 2012.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés de l'évolution du barème par les services de la DGFIP, notamment par le biais du portail www.impots.gouv.fr

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) ?

Les données déclaratives peuvent permettre de suivre l'évolution du parc par tranche du barème et donc l'impact de la mesure sur les rejets globaux de dioxyde carbone.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 1010 actuel du code général des impôts	Article 1010 modifié du code général des impôts																																		
<p>Les sociétés sont soumises à une taxe annuelle à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'Etat dans lequel ils sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France. (...)</p> <p>a) Pour les véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire au sens de la même directive et dont la première mise en circulation intervient à compter du 1er juin 2004, et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1er janvier 2006, le tarif applicable est le suivant :</p>	<p>Les sociétés sont soumises à une taxe annuelle à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'Etat dans lequel ils sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France. (...)</p> <p>a) Pour les véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire au sens de la même directive et dont la première mise en circulation intervient à compter du 1er juin 2004, et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1er janvier 2006, le tarif applicable est le suivant :</p>																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)</th> <th style="width: 50%;">Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Inférieur ou égal à 100</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td>Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160</td><td style="text-align: center;">10</td></tr> <tr><td>Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200</td><td style="text-align: center;">15</td></tr> <tr><td>Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250</td><td style="text-align: center;">17</td></tr> <tr><td>Supérieur à 250</td><td style="text-align: center;">19</td></tr> </tbody> </table>	Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)	Inférieur ou égal à 100	2	Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4	Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5	Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	10	Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	15	Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	17	Supérieur à 250	19	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)</th> <th style="width: 50%;">Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Inférieur ou égal à 50</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140</td><td style="text-align: center;">5,5</td></tr> <tr><td>Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160</td><td style="text-align: center;">11,5</td></tr> <tr><td>Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200</td><td style="text-align: center;">18</td></tr> <tr><td>Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250</td><td style="text-align: center;">21,5</td></tr> <tr><td>Supérieur à 250</td><td style="text-align: center;">27</td></tr> </tbody> </table>	Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)	Inférieur ou égal à 50	0	Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	1	Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4	Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5	Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5	Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18	Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5	Supérieur à 250	27
Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)																																		
Inférieur ou égal à 100	2																																		
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4																																		
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5																																		
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	10																																		
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	15																																		
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	17																																		
Supérieur à 250	19																																		
Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)																																		
Inférieur ou égal à 50	0																																		
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	1																																		
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4																																		
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5																																		
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5																																		
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18																																		
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5																																		
Supérieur à 250	27																																		
<p>b) Pour les véhicules autres que ceux mentionnés au a, le tarif applicable est le suivant :</p>	<p>b) Pour les véhicules autres que ceux mentionnés au a, le tarif applicable est le suivant :</p>																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)</th> <th style="width: 50%;">TARIF applicable (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Inférieure ou égale à 4</td><td style="text-align: center;">750</td></tr> <tr><td>De 5 à 7</td><td style="text-align: center;">1 400</td></tr> <tr><td>De 8 à 11</td><td style="text-align: center;">3 000</td></tr> </tbody> </table>	PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF applicable (en euros)	Inférieure ou égale à 4	750	De 5 à 7	1 400	De 8 à 11	3 000	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)</th> <th style="width: 50%;">TARIF applicable (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Inférieure ou égale à 3</td><td style="text-align: center;">750</td></tr> <tr><td>De 4 à 6</td><td style="text-align: center;">1 400</td></tr> <tr><td>De 7 à 10</td><td style="text-align: center;">3 000</td></tr> </tbody> </table>	PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF applicable (en euros)	Inférieure ou égale à 3	750	De 4 à 6	1 400	De 7 à 10	3 000																		
PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF applicable (en euros)																																		
Inférieure ou égale à 4	750																																		
De 5 à 7	1 400																																		
De 8 à 11	3 000																																		
PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF applicable (en euros)																																		
Inférieure ou égale à 3	750																																		
De 4 à 6	1 400																																		
De 7 à 10	3 000																																		

De 12 à 16	3 600	De 11 à 15	3 600
Supérieure à 16	4 500	Supérieure à 15	4 500
(...)		(...)	
Article 1010 A actuel du code général des impôts		Article 1010 A abrogé du code général des impôts	
<p>Les véhicules fonctionnant exclusivement ou non au moyen de l'énergie électrique, du gaz naturel véhicules, du gaz de pétrole liquéfié ou du superéthanol E85 mentionné au 1 du tableau B du 1 de l'article 265 du code des douanes sont exonérés de la taxe prévue à l'article 1010.</p> <p>Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les véhicules qui fonctionnent alternativement au moyen de supercarburants et de gaz de pétrole liquéfié sont exonérés de la moitié du montant de la taxe prévue à l'article 1010.</p> <p>Les exonérations prévues aux premier et deuxième alinéas s'appliquent pendant une période de huit trimestres décomptée à partir du premier jour du trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule.</p>		<p>Les véhicules fonctionnant exclusivement ou non au moyen de l'énergie électrique, du gaz naturel véhicules, du gaz de pétrole liquéfié ou du superéthanol E85 mentionné au 1 du tableau B du 1 de l'article 265 du code des douanes sont exonérés de la taxe prévue à l'article 1010.</p> <p>Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les véhicules qui fonctionnent alternativement au moyen de supercarburants et de gaz de pétrole liquéfié sont exonérés de la moitié du montant de la taxe prévue à l'article 1010.</p> <p>Les exonérations prévues aux premier et deuxième alinéas s'appliquent pendant une période de huit trimestres décomptée à partir du premier jour du trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule.</p>	

ARTICLE 16

HAUSSE DE LA FISCALITÉ SUR LES ALCOOLS

I. Présentation de la mesure

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

L'alcool concerne 3,7 millions de consommateurs à risque avec plus d'un quart de la population masculine, et probablement la moitié qui ont une consommation qui dépasse les limites du raisonnable, soit plus de 30g par jour¹. Sachant qu'un verre standard servi dans un bar contient 10g d'alcool pur, le seuil de 30g par jour a pour équivalent :

- ✓ 3 verres (3x10cl) de vin à 12° ;
- ✓ 3 chopes (25cl) de bière à 5° ;
- ✓ 3 verres (3cl) de whisky à 40° ;
- ✓ ou 3 verres (un peu moins de 3cl) de pastis à 45°.

Aujourd'hui en France, avec 17% des décès masculins et 6% des décès féminins qui lui sont attribuables entre 15 et 34 ans, l'alcool reste la seconde cause de mortalité évitable par cancers, après le tabac.

Depuis de nombreuses années, la France mène une politique globale de lutte contre l'alcoolisme dont la fiscalité ne constitue qu'un élément. L'outil fiscal est ainsi pleinement utilisé s'agissant des alcools et des alcools fortement titrés (+25°) et accompagne le volet prévention qui constitue le principal vecteur de cette politique de santé publique.

Les pouvoirs publics ont certes déjà apportés certaines réponses concrètes face aux dangers de l'alcoolisme et en dernier lieu dans le cadre de la loi HPST de juillet 2009 : interdiction de vente d'alcool aux mineurs, interdiction des opens bars, interdiction de vente de boissons alcooliques à emporter dans les points de vente de carburants ...

Il n'en demeure pas moins que le prix d'accès de certaines boissons alcoolisées n'apparaît pas suffisamment discriminant pour pouvoir constituer un levier efficace afin de réduire la consommation d'alcool en France. Il ressort ainsi qu'à coût de la vie égal, l'alcool est 10% moins cher aujourd'hui qu'en 1960. L'indice relatif du prix des boissons alcoolisées, corrigé de l'évolution de l'indice de l'ensemble des prix a baissé entre 1960 et 1989 et très peu augmenté depuis 1990.

Au niveau européen la France se caractérise par un niveau de prix inférieur de 10% à la moyenne de l'Union. Seuls ont des prix plus bas les pays de l'Europe de l'Est nouvellement entrés, l'Allemagne, l'Autriche et l'Espagne (-10% par rapport à la France pour chacun). Tous les autres pays ont des prix plus élevés et parfois dans des conditions très importantes (+100% en Irlande, +90% en Finlande, +65% au Royaume-Uni, +60% en Suède, +40% au Danemark, +25% en Italie, +20% en Grèce, +10% au Portugal).

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

Mesure proposée :

La mesure vise à renchérir le prix des boissons alcoolisées par l'entremise du levier fiscal. Elle augmente d'une part les droits d'accise sur les alcools, et transforme d'autre part l'actuelle cotisation de sécurité sociale sur les produits de plus de 25%, qui est calculée aujourd'hui par unités de volume, en une cotisation par degré d'alcool pur.

En outre afin de rendre la taxation globale plus progressive et ne plus exclure certaines boissons à base de cassis, de noix de coco, de litchis, de menthe... il est prévu d'élargir légèrement le champ de la cotisation (abaissement du point d'entrée à 18 %), et diminuer en contrepartie les droits d'accise sur les produits intermédiaires.

¹ Source « La consommation d'alcool en France » Catherine Hill et Agnès Laplanche, Institut Gustave Roussy, janvier 2010

L'ensemble du produit de la cotisation de sécurité sociale sur les alcools et des droits de consommation est affecté au financement de la branche maladie du régime des exploitants agricoles géré par la Mutualité sociale agricole.

Autres options possibles :

Un simple relèvement des barèmes des différentes taxes et contributions aurait un effet sur le niveau des prix des différentes boissons alcoolisées mais ne corrigerait pas les limites de la structure de taxation actuelle. En particulier une gamme importante de produits situés juste en dessous de la limite de 25° resterait soumise à des niveaux de taxation faibles lesquels créent de fortes hétérogénéités non justifiées entre les différents alcools « moyennement » alcoolisés. Par ailleurs, la cotisation continuerait de ne pas dépendre du degré d'alcool ce qui est pourtant logique.

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

Les dispositions du présent article concernent l'assiette et le taux de contributions affectées à la sécurité sociale et relèvent donc du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS. Elles auront en outre un effet sur les recettes de ces régimes et relèvent ainsi également du 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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. Elle n'affecte pas la compatibilité reconnue de la cotisation de sécurité sociale avec les directives « structure » (directives 92/83 et 92/84 du 19 octobre 1992 du Conseil, modifiées, concernant la structure et les taux applicables à l'alcool), cf. arrêt de la Cour (cinquième chambre) du 24 février 2000. - Affaire C-434/97.

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 respecte des dispositions de l'article 110 du Traité de fonctionnement de l'Union européenne. En effet, elle renchérit uniquement les alcools (hausse comprise entre 7 et 10% en moyenne suivant le titre alcoolique) à l'exclusion des autres produits (bières, vins, produits intermédiaires) et affecte au sein de cette catégorie, l'ensemble des produits quel que soit leur lieu de production ou la nationalité du propriétaire de la marque, la France étant tout aussi représentée que les autres pays de l'Union.

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

a) Possibilité de codification

Le dispositif requiert de modifier le code de la sécurité sociale s'agissant de la cotisation de sécurité sociale (articles L 245-8 et L 245-9) et le code général des impôts s'agissant des mesures applicables aux droits de consommation (articles 402bis, 403, 438, 520 A)

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-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 l'ensemble de ces mesures a été estimé sur la base des données douanières relatives à l'année 2010 qui permettent d'appréhender avec précision les volumes consommés par catégorie de produit et de reconstituer les quantités d'alcool pur mis à la consommation.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) +120M€ Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CCMSA vieillesse		+170 M€			
CCMSA maladie		+170 M€			

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 se traduira par une augmentation de la charge fiscale hors TVA pesant sur les produits les plus fortement titrés. Ainsi, pour une bouteille de 70cl de boisson titrant 40°, par exemple de whisky, la charge fiscale hors TVA sera renchérie d'environ 0,70 €. La mesure aura également un impact pour les alcools aujourd'hui hors du champ de la cotisation de sécurité sociale..

b) impacts sociaux

L'augmentation du prix détail des boissons les plus fortement titrées, qui jouera à l'identique sur les produits d'entrée de gamme et sur les produits plus onéreux, fera diminuer la consommation de ces boissons, notamment chez les jeunes. Il convient également de noter que cette mesure est concomitante avec une hausse significative des prix du tabac. La diminution de la consommation de boissons fortement titrées se traduira par une baisse des effets sociaux néfastes dont elles sont la cause (absentéisme, violence et comportements sexuels à risque notamment).

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 coût induit par la mesure pour les administrations publiques est extrêmement faible puisque les droits et cotisations modifiés l'auraient été en l'absence de mesure spécifique du fait de l'indexation des prélèvements.

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

La mesure est gérée par les services de la direction générale des douanes et des droits indirects, dont le système d'information devra être adapté en conséquence.

d) impact budgétaire

La mesure sera mise en œuvre avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera mise en œuvre 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 et ne nécessite pas de textes réglementaires.

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. La mesure entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés par les services de la DGDDI.

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 données douanières permettront de suivre l'évolution de la consommation par type de produit et donc de quantifier l'impact de la mesure sur les habitudes de consommation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 317 du CGI actuel	Article 317 du CGI modifié
<p>L'allocation en franchise de 10 litres d'alcool pur, prévue en faveur des bouilleurs de cru par l'article 3 de la loi du 28 février 1923, est supprimée.</p> <p>Toutefois, les personnes physiques qui pouvaient prétendre à cette allocation pendant la campagne 1959-1960, sous réserve qu'elles continuent à remplir les conditions prévues au premier et deuxième alinéas de l'article 315, sont maintenues dans ce droit, à titre personnel, sans pouvoir le transmettre à d'autres personnes que leur conjoint survivant, pour une durée de dix années à compter du 1er janvier 2003. Ce droit est également maintenu, pour une durée de dix années à compter du 1er janvier 2003, aux militaires remplissant ces conditions qui n'ont pu bénéficier de l'allocation en franchise du fait de leur présence sous les drapeaux pendant la même campagne.</p> <p>Les personnes visées au deuxième alinéa bénéficient de l'allocation en franchise pour la campagne pendant laquelle les alcools sont fabriqués, l'alcool correspondant devant résulter d'une distillation en atelier public soumis au contrôle effectif de l'administration.</p> <p>Les bouilleurs de cru, non titulaires de l'allocation en franchise, bénéficient d'un droit réduit de 50 % du droit de consommation mentionné au 2° du I de l'article 403 dans la limite d'une production de 10 litres d'alcool pur par campagne, non commercialisables.</p> <p>En cas de métayage, l'allocation ou la réduction d'impôt appartient au métayer qui a la faculté de rétrocéder une partie des alcools concernés à son propriétaire, conformément aux usages ruraux en vigueur dans la région, sous réserve que la totalité des quantités dont celui-ci bénéficie en franchise, ou au titre de la réduction d'impôt le cas échéant, ne dépasse jamais 10 litres d'alcool pur.</p>	<p>L'allocation en franchise de 10 litres d'alcool pur, prévue en faveur des bouilleurs de cru par l'article 3 de la loi du 28 février 1923, est supprimée.</p> <p>Toutefois, les personnes physiques qui pouvaient prétendre à cette allocation pendant la campagne 1959-1960, sous réserve qu'elles continuent à remplir les conditions prévues au premier et deuxième alinéas de l'article 315, sont maintenues dans ce droit, à titre personnel, sans pouvoir le transmettre à d'autres personnes que leur conjoint survivant, pour une durée de dix années à compter du 1er janvier 2003. Ce droit est également maintenu, pour une durée de dix années à compter du 1er janvier 2003, aux militaires remplissant ces conditions qui n'ont pu bénéficier de l'allocation en franchise du fait de leur présence sous les drapeaux pendant la même campagne.</p> <p>Les personnes visées au deuxième alinéa bénéficient de l'allocation en franchise pour la campagne pendant laquelle les alcools sont fabriqués, l'alcool correspondant devant résulter d'une distillation en atelier public soumis au contrôle effectif de l'administration.</p> <p>Les bouilleurs de cru, non titulaires de l'allocation en franchise, bénéficient d'un droit réduit de 50 % du droit de consommation mentionné au 2° du I de l'article 403 dans la limite d'une production de 10 litres d'alcool pur par campagne, non commercialisables. Ce droit réduit est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq.</p> <p>En cas de métayage, l'allocation ou la réduction d'impôt appartient au métayer qui a la faculté de rétrocéder une partie des alcools concernés à son propriétaire, conformément aux usages ruraux en vigueur dans la région, sous réserve que la totalité des quantités dont celui-ci bénéficie en franchise, ou au titre de la réduction d'impôt le cas échéant, ne dépasse jamais 10 litres d'alcool pur.</p>
Article 402 bis du CGI actuel	Article 402 bis du CGI modifié
<p>Les produits intermédiaires supportent un droit de consommation dont le tarif par hectolitre est fixé à :</p> <p>56, 40 € pour les vins doux naturels et les vins de liqueur mentionnés aux articles 417 et 417 bis ;</p>	<p>Les produits intermédiaires supportent un droit de consommation dont le tarif par hectolitre est fixé à :</p> <p>45 € pour les vins doux naturels et les vins de liqueur mentionnés aux articles 417 et 417 bis ;</p>

<p>223, 51 € pour les autres produits.</p> <p>Le tarif du droit de consommation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.</p>	<p>180 € pour les autres produits.</p> <p>Le tarif du droit de consommation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,75%. Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.</p>
<p align="center">Article 403 du CGI actuel</p>	<p align="center">Article 403 du CGI modifié</p>
<p>En dehors de l'allocation en franchise ou de la réduction d'impôt mentionnées à l'article 317 de 10 litres d'alcool pur accordée aux bouilleurs de cru, les alcools supportent un droit de consommation dont le tarif par hectolitre d'alcool pur est fixé à :</p> <p>I. 1° 859,24 € dans la limite de 108 000 hectolitres d'alcool pur par an pour le rhum tel qu'il est défini aux a et f du point 1 de l'annexe II au règlement (CE) n° 110 / 2008 du Parlement européen et du Conseil du 15 janvier 2008 concernant la définition, la désignation, la présentation, l'étiquetage et la protection des indications géographiques des boissons spiritueuses et abrogeant le règlement (CEE) n° 1576 / 89 du Conseil et produit dans les départements d'outre-mer à partir de canne à sucre récoltée sur le lieu de production, ayant une teneur en substances volatiles égale ou supérieure à 225 grammes par hectolitre d'alcool pur et un titre alcoométrique acquis égal ou supérieur à 40 % vol.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du premier alinéa (2).</p> <p>2° 1 514, 47 € pour les autres produits.</p> <p>II. - Le tarif du droit de consommation est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq . Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.</p> <p>III. (Abrogé).</p> <p>IV. A l'égard des alcools bénéficiant d'un tarif réduit, l'administration peut prescrire toutes mesures de contrôle, d'identification ou autres, afin d'assurer l'utilisation de ces alcools aux usages comportant l'application dudit tarif.</p>	<p>En dehors de l'allocation en franchise ou de la réduction d'impôt mentionnées à l'article 317 de 10 litres d'alcool pur accordée aux bouilleurs de cru, les alcools supportent un droit de consommation dont le tarif par hectolitre d'alcool pur est fixé à :</p> <p>I. 1° 859,24 € dans la limite de 108 000 hectolitres d'alcool pur par an pour le rhum tel qu'il est défini aux a et f du point 1 de l'annexe II au règlement (CE) n° 110 / 2008 du Parlement européen et du Conseil du 15 janvier 2008 concernant la définition, la désignation, la présentation, l'étiquetage et la protection des indications géographiques des boissons spiritueuses et abrogeant le règlement (CEE) n° 1576 / 89 du Conseil et produit dans les départements d'outre-mer à partir de canne à sucre récoltée sur le lieu de production, ayant une teneur en substances volatiles égale ou supérieure à 225 grammes par hectolitre d'alcool pur et un titre alcoométrique acquis égal ou supérieur à 40 % vol.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du premier alinéa (2).</p> <p>2° 1 660 € pour les autres produits.</p> <p>II. - Le tarif du droit de consommation est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq . Ce relèvement ne peut excéder 1,75%. Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.</p> <p>III. (Abrogé).</p> <p>IV. A l'égard des alcools bénéficiant d'un tarif réduit, l'administration peut prescrire toutes mesures de contrôle, d'identification ou autres, afin d'assurer l'utilisation de ces alcools aux usages comportant l'application dudit tarif.</p>

Article 438 du CGI actuel	Article 438 du CGI modifié
<p>Il est perçu un droit de circulation dont le tarif est fixé, par hectolitre, à :</p> <p>1° 8, 78 € pour les vins mousseux ;</p> <p>2° 3, 55 € :</p> <p>a) Pour tous les autres vins dont le titre alcoométrique acquis n'excède pas 15 p. 100 vol. pour autant que l'alcool contenu dans le produit fini résulte entièrement d'une fermentation ;</p> <p>a bis) pour les vins qui ont un titre alcoométrique acquis excédant 15 p. 100 vol., mais n'excédant pas 18 p. 100 vol. pour autant qu'ils aient été obtenus sans aucun enrichissement et que l'alcool contenu dans le produit fini résulte entièrement d'une fermentation. Un décret définit les conditions d'application du présent a bis ;</p> <p>b) Pour les autres produits fermentés, autres que le vin et la bière, et les produits visés au 3°, dont l'alcool contenu dans le produit résulte entièrement d'une fermentation et dont le titre alcoométrique acquis n'excède pas 15 p. 100 vol. ;</p> <p>c) Pour les autres produits fermentés autres que le vin et la bière et les produits visés au 3°, dont le titre alcoométrique acquis n'excède pas 5,5 p. 100 vol. pour les boissons non mousseuses et 8,5 p. 100 vol. pour les boissons mousseuses.</p> <p>3° 1, 25 € pour les cidres, les poirés, les hydromels et les jus de raisin légèrement fermentés dénommés "pétillants de raisin".</p> <p>Le tarif du droit de circulation est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.</p>	<p>Il est perçu un droit de circulation dont le tarif est fixé, par hectolitre, à :</p> <p>1° 8, 78 € pour les vins mousseux ;</p> <p>2° 3, 55 € :</p> <p>a) Pour tous les autres vins dont le titre alcoométrique acquis n'excède pas 15 p. 100 vol. pour autant que l'alcool contenu dans le produit fini résulte entièrement d'une fermentation ;</p> <p>a bis) pour les vins qui ont un titre alcoométrique acquis excédant 15 p. 100 vol., mais n'excédant pas 18 p. 100 vol. pour autant qu'ils aient été obtenus sans aucun enrichissement et que l'alcool contenu dans le produit fini résulte entièrement d'une fermentation. Un décret définit les conditions d'application du présent a bis ;</p> <p>b) Pour les autres produits fermentés, autres que le vin et la bière, et les produits visés au 3°, dont l'alcool contenu dans le produit résulte entièrement d'une fermentation et dont le titre alcoométrique acquis n'excède pas 15 p. 100 vol. ;</p> <p>c) Pour les autres produits fermentés autres que le vin et la bière et les produits visés au 3°, dont le titre alcoométrique acquis n'excède pas 5,5 p. 100 vol. pour les boissons non mousseuses et 8,5 p. 100 vol. pour les boissons mousseuses.</p> <p>3° 1, 25 € pour les cidres, les poirés, les hydromels et les jus de raisin légèrement fermentés dénommés "pétillants de raisin".</p> <p>Le tarif du droit de circulation est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,75%. Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.</p>
Article 520 A du CGI actuel	Article 520 A du CGI modifié
<p>I. Il est perçu un droit spécifique :</p> <p>a) Sur les bières, dont le taux, par hectolitre, est fixé à :</p> <p>1,36 € par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas 2,8 % vol. ;</p> <p>2,71 € par degré alcoométrique pour les autres bières ;</p> <p>Dans les dispositions du présent code relatives</p>	<p>I. Il est perçu un droit spécifique :</p> <p>a) Sur les bières, dont le taux, par hectolitre, est fixé à :</p> <p>1,36 € par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas 2,8 % vol. ;</p> <p>2,71 € par degré alcoométrique pour les autres bières ;</p> <p>Dans les dispositions du présent code relatives</p>

aux contributions indirectes, sont compris sous la dénomination de bière, tout produit relevant du code NC 2203 du tarif des douanes ainsi que tout produit contenant un mélange de bière et de boissons non alcooliques relevant du code NC 2206 du tarif des douanes et ayant dans l'un ou l'autre cas un titre alcoométrique acquis supérieur à 0,5 % vol. ;

Par dérogation aux dispositions précédentes, le taux par hectolitre applicable aux bières produites par les petites brasseries indépendantes, dont le titre alcoométrique excède 2,8 % vol., est fixé à :

1,36 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 hectolitres ;

1,62 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 10 000 hectolitres et inférieure ou égale à 50 000 hectolitres ;

2,04 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 50 000 hectolitres et inférieure ou égale à 200 000 hectolitres.

Le tarif du droit spécifique est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq . Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

b) Sur les boissons non alcoolisées énumérées ci-après dont le tarif, par hectolitre, est fixé à :

0,54 € pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % vol. d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits.

II. Pour les eaux et boissons mentionnées au b du I, le droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources, les importateurs et les personnes qui réalisent des acquisitions intracommunautaires sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit sur le marché intérieur, y compris la Corse et les départements d'outre-mer.

Le droit est liquidé lors du dépôt, au service de l'administration dont dépend le redevable, du

aux contributions indirectes, sont compris sous la dénomination de bière, tout produit relevant du code NC 2203 du tarif des douanes ainsi que tout produit contenant un mélange de bière et de boissons non alcooliques relevant du code NC 2206 du tarif des douanes et ayant dans l'un ou l'autre cas un titre alcoométrique acquis supérieur à 0,5 % vol. ;

Par dérogation aux dispositions précédentes, le taux par hectolitre applicable aux bières produites par les petites brasseries indépendantes, dont le titre alcoométrique excède 2,8 % vol., est fixé à :

1,36 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 hectolitres ;

1,62 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 10 000 hectolitres et inférieure ou égale à 50 000 hectolitres ;

2,04 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 50 000 hectolitres et inférieure ou égale à 200 000 hectolitres.

Le tarif du droit spécifique est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq . **Ce relèvement ne peut excéder 1,75%.** Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

b) Sur les boissons non alcoolisées énumérées ci-après dont le tarif, par hectolitre, est fixé à :

0,54 € pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % vol. d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits.

II. Pour les eaux et boissons mentionnées au b du I, le droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources, les importateurs et les personnes qui réalisent des acquisitions intracommunautaires sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit sur le marché intérieur, y compris la Corse et les départements d'outre-mer.

Le droit est liquidé lors du dépôt, au service de l'administration dont dépend le redevable, du

<p>relevé des quantités livrées au cours du mois précédent. Ce relevé doit être déposé et l'impôt acquitté avant le 25 de chaque mois.</p> <p>Les expéditions vers un autre Etat membre de la Communauté européenne et les exportations vers un pays tiers sont exonérées du paiement du droit spécifique lorsqu'elles sont réalisées directement et sans intermédiaire par les personnes mentionnées au premier alinéa ou par une société de distribution.</p> <p>III. Les modalités d'application des dispositions qui précèdent seront, en tant que de besoin, fixées par décret.</p>	<p>relevé des quantités livrées au cours du mois précédent. Ce relevé doit être déposé et l'impôt acquitté avant le 25 de chaque mois.</p> <p>Les expéditions vers un autre Etat membre de la Communauté européenne et les exportations vers un pays tiers sont exonérées du paiement du droit spécifique lorsqu'elles sont réalisées directement et sans intermédiaire par les personnes mentionnées au premier alinéa ou par une société de distribution.</p> <p>III. Les modalités d'application des dispositions qui précèdent seront, en tant que de besoin, fixées par décret.</p>
<p align="center">Article L. 245-8 du CSS actuel</p> <p>La cotisation est due à raison de l'importation ou la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25 % vol.</p> <p>La cotisation est acquittée par l'importateur ou pour le compte des consommateurs par les entrepositaires agréés, les destinataires enregistrés, les représentants fiscaux des opérateurs établis dans un autre Etat membre de la Communauté européenne, respectivement mentionnés aux articles 302 G, 302 H ter et 302 V bis du code général des impôts et les personnes qui font la déclaration mentionnée au I de l'article 302 U bis du même code et qui livrent directement ces boissons aux détaillants ou aux consommateurs. Sont également redevables de la cotisation les personnes mentionnées aux 2° et 4° du 2 du I de l'article 302 D du code général des impôts.</p>	<p align="center">Article L. 245-8 du CSS modifié</p> <p>La cotisation est due à raison de l'importation ou la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 18 % vol.</p> <p>La cotisation est acquittée par l'importateur ou pour le compte des consommateurs par les entrepositaires agréés, les destinataires enregistrés, les représentants fiscaux des opérateurs établis dans un autre Etat membre de la Communauté européenne, respectivement mentionnés aux articles 302 G, 302 H ter et 302 V bis du code général des impôts et les personnes qui font la déclaration mentionnée au I de l'article 302 U bis du même code et qui livrent directement ces boissons aux détaillants ou aux consommateurs. Sont également redevables de la cotisation les personnes mentionnées aux 2° et 4° du 2 du I de l'article 302 D du code général des impôts.</p>
<p align="center">Article L. 245-9 du CSS actuel</p> <p>Le montant de la cotisation est fixé à 0,16 euro par décilitre ou fraction de décilitre.</p> <p>Le tarif de la cotisation est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq . Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.</p>	<p align="center">Article L. 245-9 du CSS modifié</p> <p>Le montant de la cotisation est fixé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 533 euros par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au b du I de l'article 401 du code général des impôts, - 45 euros par hectolitre pour les autres boissons. <p>Ce montant ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée.</p> <p>Le tarif de la cotisation est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,75%. Il est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.</p>

ARTICLE 17

FIXER LE TAUX K DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE À 0,5 % POUR 2012

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, à l'exception (depuis la LFSS pour 2011) de ceux dont le chiffre d'affaires annuel dépasse 30 M€.

La contribution concerne le chiffre d'affaire des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables (depuis 2005) par les établissements hospitaliers. La LFSS pour 2009 a prévu qu'à compter de 2010, le périmètre de la régulation serait étendu à tous les produits utilisés à l'hôpital (hors GHS), impliquant ainsi une extension aux médicaments de la liste en sus.

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. Enfin, l'article 28 de la LFSS pour 2011, a fixé le taux K à 0,5 % pour l'année 2011.

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

La mesure consiste à fixer le taux K à 0,5 % pour 2012 pour un rendement attendu de 50 M€, qui viendront en déduction des dépenses remboursées de médicaments sous forme de remise.

Cette mesure permet de prolonger la responsabilisation de l'industrie pharmaceutique dans un contexte d'augmentation des dépenses de médicaments.

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

Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base et 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€ par année concernée (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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

a) La mesure applique-t-elle une mesure de 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 de l'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 des cours de justices européennes ;

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

a) possibilité de codification

La mesure est non codifiée comme non pérenne. Elle repose sur l'article L.138-10 du CSS

b) abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

La mesure sera applicable dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 +)		
	2011- (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
		50 M€			

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 conventionnelle calculées selon le taux K :

- 50 % du montant d'accroissement du 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.

Ce chiffrage est fondé sur une hypothèse de croissance du CAHT des médicaments remboursables de 1 % en 2012

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

L'impact économique de la 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.

Cette mesure prolonge la responsabilisation de l'industrie pharmaceutique dans un contexte d'augmentation des dépenses de médicaments.

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 personnes physiques

Sans impact

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

Le produit de cette mesure est recouvré par les URSSAF de Paris-Région parisienne et de Lyon.

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

Sans impact, la dispositif étant en place depuis de nombreuses années

d) impact budgétaire

Sans impact

e) impact sur l'emploi

Sans 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. aucun

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 2012. Dispositif de recouvrement prévu par l'article L.138-13 du code de la sécurité sociale.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants non

Note explicative mise à la disposition des laboratoires pharmaceutiques.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Non

ARTICLE 18

FIXATION DU TAUX DE LA CONTRIBUTION SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES ET FINANCEMENT DE LA FORMATION CONTINUE DES MÉDECINS

I. Présentation de la mesure

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

Le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques mentionnée à l'article L.245-6 du code de la sécurité sociale (CSS) et dont le produit est affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), a été fixé à 1 % pour une période triennale 2009/2010/2011 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Il ne sera donc plus applicable à compter du 1^{er} janvier 2012.

D'autre part, les moyens disponibles pour mettre en place le développement professionnel continu des prescripteurs sont actuellement très limités. Ils sont sans commune mesure avec les moyens promotionnels dont disposent les industriels du médicament.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de reconduire pour trois ans la contribution et de fixer à 1,6 % son taux due au titre des chiffres d'affaires réalisés au cours de chacune des années 2012, 2013 et 2014.

Le rendement de la contribution sur le chiffre d'affaires devrait être de l'ordre de 400 M€ en 2012, soit 150 M€ de plus que le rendement actuel.

La contribution demeure affectée au financement de la branche maladie du régime général (CNAMTS).

A noter que cette dernière affectera les 150 M€ supplémentaires à l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) pour les médecins libéraux et à l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) pour les médecins salariés.

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

Cette mesure a pour effet de doter pendant les trois prochaines années la CNAMTS d'une recette de 400 M€.

La mesure prend place dans la partie III de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle est relative aux contributions affectées aux régimes obligatoires de base (3° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS) et a un effet direct sur la branche maladie du régime général de la sécurité sociale (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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 européen.

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

a) Possibilité de codification :

La mesure est codifiée à l'article L.245-6 du CSS

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure est applicable dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 fixation à 1,6 % du taux de cette taxe, dont le rendement est estimé à 400 M€, permet d'en reconduire, pour les 3 années à venir, un financement des prestations de l'assurance maladie, à hauteur de 250 M€, tout en assurant le financement de la formation continue des médecins à hauteur de 150 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P	2013	2014	2015
CNAMTS		+400	+ 400	+400	

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 se justifie d'une part par un besoin de recettes supplémentaires et d'autre part par une prolongation de la responsabilisation de l'industrie pharmaceutique face aux dépenses croissantes de médicament.

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 personnes physiques

Sans impact

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

La taxe est recouvrée par les URSSAF de Paris-Région-Parisienne et de Lyon. L'ACOSS en centralisera le produit et le reversera selon la clef de répartition à la CNAMTS et à l'OGDPC

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

Impact non significatif se limitant à une nouvelle opération de répartition d'une taxe.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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 taxe reconduite et modifiée sera recouvrée pour la première fois le 15 avril 2012 (4^{ème} alinéa de l'article L.245-6 du CSS). Le dispositif de recouvrement est prévu par les articles L.138-20, R.245-4 et R.245-17 du CSS.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une instruction ACOSS sera diffusée auprès des entreprises du secteur pharmaceutique concernées.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

L'ACOSS est chargée de produire les données relatives au recouvrement de cette taxe.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L245-6 actuel du code de la sécurité sociale	Article L245-6 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p>La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code et 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, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises.</p> <p>Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2009, 2010 et 2011 est fixé à 1 %. La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.</p> <p>La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation</p>	<p>Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p>La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code et 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, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises.</p> <p>Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6 %.. La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.</p> <p>La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation</p>

intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 19

FINANCEMENT DE L'AFSSAPS

I. Présentation de la mesure

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

Lors de la publication du rapport de l'IGAS sur le Médiateur® le 15 janvier 2011, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé a souhaité qu'une réforme du financement de l'AFSSAPS soit rapidement engagée.

Les mesures annoncées par le ministre lors de la conférence de presse du 23 juin dernier conduisent à un ajustement des missions et des moyens de l'AFSSAPS qui va par ailleurs devenir l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

L'ANSM ne sera plus financée via les taxes des industries du médicament et des dispositifs médicaux. Le mode de financement actuel de l'AFSSAPS est en effet de nature à induire un doute quant à l'indépendance de l'agence vis-à-vis du secteur de l'industrie pharmaceutique et des dispositifs médicaux.

Dans ce contexte, il est proposé que l'AFSSAPS soit directement financée par le budget général de l'Etat en recevant une subvention pour charges de service public.; la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) percevra les taxes anciennement affectées à l'AFSSAPS et désormais recouvrées par l'Etat ; en contrepartie, une part de « TVA santé » équivalente au produit de ces taxes sera redirigée de la CNAMTS vers l'Etat en charge du financement de l'AFSSAPS (cf. projet de loi de finances pour 2012).

Le financement des autorités sanitaires des Etats membres de l'Union européenne repose très majoritairement sur des taxes et redevances qu'elles perçoivent directement. Il convient néanmoins de relever que dans quatre Etats membres de l'Union européenne dont l'Allemagne et la Pologne, le financement des agences sanitaires est supporté intégralement par le budget de l'Etat.

En outre, les mesures annoncées par le ministre du travail, de l'emploi et de la santé lors de la conférence de presse du 23 juin dernier conduisent à un réajustement important des missions et des moyens de l'AFSSAPS qui va devenir l'ANSM.

Plusieurs axes de renforcement de l'AFSSAPS ont été identifiés. D'une manière générale, l'objectif est de renforcer l'évaluation des produits entrant dans son champ de compétence, d'accroître son expertise et d'améliorer sa réactivité. Le renforcement des mesures de surveillance des dispositifs médicaux dans un contexte d'augmentation des déclarations d'incidents graves constitue un axe indispensable de réforme des missions de l'agence. Il convient également d'améliorer les vigilances (pharmacovigilance et matériovigilance), de donner les moyens de procéder à la révision désormais unique sauf exception des autorisations de mise sur le marché (AMM), de renforcer la sécurité et le développement des systèmes d'information, de consolider les fonctions d'inspection, de contrôle, de formation ainsi que la communication et l'information.

Il est prévu dans le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé de confier à l'ANSM en plus des missions actuelles assurées par l'AFSSAPS :

- le contrôle de la publicité des dispositifs médicaux,
- la conduite études, notamment en partenariat avec la CNAM s'agissant des études épidémiologiques.

Ces nouvelles missions impliquent également un renforcement de ses moyens.

La mise en œuvre de ces axes de renforcement exige une augmentation du plafond d'emplois et du budget de l'AFSSAPS. Les besoins supplémentaires ont été évalués pour corriger les

insuffisances qui ont été relevées dans le champ de la sécurité sanitaire et tiennent compte des mesures de redéploiement interne des moyens.

Les moyens budgétaires supplémentaires nécessaires du fait de l'augmentation de la masse salariale, de l'accroissement des frais d'infrastructure générés par l'augmentation du nombre d'emplois et de l'augmentation des investissements (informatique, équipements de laboratoire, immobilier, ...) sont estimés à 40 M€.

Le redimensionnement des moyens de l'AFSSAPS a été aussi réalisé par comparaison avec d'autres agences de sécurité sanitaire européenne de pays de taille comparable et possédant un champ d'action relativement voisin. Ainsi, il existe en Allemagne deux agences dont la somme des actions correspond à peu près au champ que couvrira la future ANSM.

Le Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) est l'institut fédéral pour les médicaments et les dispositifs médicaux. Il compte 865 ETP. Contrairement à l'AFSSAPS, le BfArM n'est pas compétent pour les cosmétiques, les médicaments immunologiques et dérivés du sang, ni les dispositifs médicaux (sauf pour la vigilance). Le BfArM n'est pas compétent pour le contrôle en laboratoire des produits de santé ni pour le contrôle de la publicité. En ce qui concerne l'inspection, le BfArM n'est compétent que pour les médicaments chimiques et homéopathiques. L'inspection et le contrôle en laboratoire sont décentralisés et se font au niveau des « Länder » de la République fédérale. Le Paul Ehrlich Institut est l'autorité compétente pour les vaccins et les produits biologiques. Il compte 632 ETP. Il n'est pas uniquement une autorité réglementaire responsable de l'AMM des produits à sa charge, mais aussi un centre de recherche.

En Grande Bretagne, la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) compte 972 ETP. Le personnel de cette agence va prochainement être encore augmenté de 350 emplois environ par intégration d'une autre entité. Par rapport à la France, l'agence britannique n'est pas compétente pour les produits cosmétiques, la biologie ou encore les contrôles en laboratoire des produits de santé ou la libération des lots.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée consiste donc à :

- modifier le mode de financement de l'AFSSAPS. Les taxes et redevances perçues aujourd'hui par l'établissement seront dorénavant recouvrées par les services de l'Etat et reversées à la CNAMTS. Une subvention pour charges de service public sera allouée à l'AFSSAPS. En contrepartie, et pour assurer une stricte neutralité de la réforme, dans le cadre du projet de loi de finances pour 2012 une part de « TVA santé » équivalente au produit de ces taxes sera redirigée de la CNAMTS vers l'Etat en charge désormais du financement de l'AFSSAPS.
- augmenter les plafonds, les taux et les tarifs des taxes et droits pour équilibrer l'ensemble des charges nouvelles correspondant à l'accroissement des missions confiées à l'agence.

Les subventions accordées aux Comités de protection des personnes (CPP) et au Centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS) par l'AFSSAPS sont par ailleurs rebudgétisées. Cette rebudgétisation est d'ordre technique puisque ces structures sont actuellement financées respectivement par un pourcentage de la taxe sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux affectés à l'AFSSAPS et par une taxe additionnelle à la taxe annuelle sur les spécialités.

L'inscription dans le code général des impôts des dispositions du code de la santé publique qui fondaient les taxes, et la perception de celles-ci par les services de l'Etat, impliquent en ce qui concerne les taxes annuelles une redéfinition des redevables des taxes.

Le relèvement des plafonds et des taux des taxes et droits en vigueur permet de dégager des recettes supplémentaires à hauteur de 41 millions d'euros nécessaires au renforcement de l'évaluation et de la surveillance des produits de santé par l'AFSSAPS.

Autres options possibles :

Une proposition alternative consisterait à réintégrer la fiscalité antérieurement perçue par l'AFSSAPS dans le budget de l'Etat en conservant les plafonds actuellement en vigueur. L'augmentation ne se

ferait que dans la limite desdits plafonds. Cette option ne permet pas une répartition équitable de la charge sur l'ensemble des redevables alors même que les missions de l'AFSSAPS concernent l'ensemble des produits de santé.

L'option retenue consistant à modifier les plafonds et taux de niveau législatif permet de mieux répartir l'augmentation entre les principales taxes.

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

La mesure modifie des contributions et les affecte au financement de la branche maladie du régime général. Elle relève donc de la loi de financement en vertu du III de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale et du 3° du B du V de ce même article. Elle a en outre pour effet d'augmenter les recettes de cette branche à hauteur de 148 millions d'euros et relève donc également de la LFSS en vertu du 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

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

La mesure est 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 communautaire.

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

- a) Possibilité de codification

Oui de nouveaux articles sont introduits, notamment dans le code général des impôts.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Oui notamment les articles du code de la santé publique relatifs aux taxes perçues par l'AFSSAPS

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

Sans objet s'agissant d'une réforme touchant le mode de financement de l'AFSSAPS et de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le produit des contributions modifiées est affecté au financement de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale (CNAMTS).

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>

	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CNAMTS		+ 148*			

* hors frais de gestion prélevés par l'Etat.

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Les plafonds des droits et taxes et leurs taux sont revalorisés

Sont ainsi relevés :

- le taux de la taxe sur les chiffres d'affaires des spécialités pharmaceutiques,
- le taux de la taxe sur les chiffres d'affaires des DM et DMDIV
- le montant de la ta taxe sur le contrôle nationale de qualité
- le plafond des droits progressifs sur les AMM.

1) Les droits relatifs à l'AMM :

Il est proposé d'augmenter les plafonds afin de modifier ultérieurement, par voie réglementaire le montant des droits perçus.

Les augmentations sont justifiées à la fois par la réalité des coûts ressortant de la comptabilité analytique et par un alignement sur les tarifs moyens pratiqués par les agences sanitaires européennes disposant d'un périmètre et un volume d'activité comparables.

- *L'augmentation du plafond concernant les droits progressifs sur les demandes d'AMM (autorisation de mise sur le marché) qui n'ont pas été revalorisés depuis 2004. le plafond est porté à 50 000€*

Ce relèvement permettra d'augmenter les tarifs fixés par voie réglementaire. Une attention particulière sera attachée :

- -à impacter de manière équivalente l'ensemble des tarifs afin que les écarts relatifs entre ces différents tarifs justifiés par des quantités de travail différentes restent en proportion les mêmes qu'aujourd'hui, à l'exception des renouvellements d'AMM qui doivent être significativement augmentés en raison d'une charge de travail accrue depuis qu'ils sont donnés de manière définitive et non plus pour une période de cinq ans.
- à ce qu'elles ne soient pas excessives. Une hausse trop importante pourrait créer une réaction des laboratoires à l'instar de ceux qui avaient attaqué en justice les autorités grecques (et obtenu gain de cause) après qu'elles eussent augmentées de manière démesurée les tarifs des AMM.

L'augmentation devra restée cohérente avec les prix pratiqués par les autres pays européens.

Par ailleurs, les tarifs sur les procédures européennes dites décentralisées et de reconnaissance mutuelles d'une part, et des renouvellements d'AMM sont réévalués à hauteur de leurs coûts. Ces travaux d'évaluation apparaissent en effet actuellement sous-valorisés voire non facturées aux laboratoires.

• *Majoration des tarifs des renouvellements d'AMM*

Une majoration par voie réglementaire des renouvellements (passant de 674 € à 5 000 €), doit être envisagée pour deux raisons :

- le renouvellement, au lieu d'être limité à cinq ans, devient définitif, ce qui engendre une charge de travail accrue et par conséquent un coût majoré ;
- une étude menée dès 2007 a en effet mis en évidence une sous évaluation du tarif réglementaire pour l'Agence française (674 €) au regard de ses homologues européennes.

Cette augmentation de recette ne saurait toutefois être considérée comme pérenne, les renouvellements quinquennaux étant appelés à disparaître. De nouvelles dispositions mettant fin à ces renouvellements étant entrées en vigueur en 2008, le bénéfice de ces renouvellements va se tarir en 2013 (5 ans plus tard).

- *Réévaluation des tarifs des procédures décentralisées et de reconnaissance mutuelle*

Les droits progressifs sur les nouvelles demandes d'AMM apparaissent sous-estimés sur les procédures de reconnaissance mutuelle (extension d'une AMM nationale octroyée dans un Etat à d'autres Etats membres) et sur les procédures décentralisées (Evaluation d'une demande d'AMM d'un médicament n'ayant jamais été autorisé en Europe par plusieurs Etats membres).

Chacune de ces procédures intègre en effet une phase de travail d'évaluation sur le plan européen pour l'Etat référent, qui apparaît comme non rémunérée pour l'AFSSAPS dans les deux cas, contrairement à l'ensemble des autres pays européens :

- pour les procédures de reconnaissance mutuelle, il n'y a pas de redevance supplémentaire pour la phase de reconnaissance mutuelle européenne qui suit l'évaluation sur le plan national lorsque la France est l'Etat membre de référence dans la procédure, contrairement aux principaux autres pays membres.
- pour les procédures décentralisées, le tarif est identique à celui d'une procédure nationale alors qu'il devrait être logiquement d'un montant supérieur du fait d'un travail d'évaluation sur le plan européen très contraignant. Tous les autres états membres ont fixé une redevance plus élevée pour ces procédures décentralisées en raison de la charge de travail supplémentaire requise lorsqu'ils sont désignés Etats membres de référence (c'est-à-dire en charge de la rédaction du rapport d'évaluation et de la coordination européenne de la procédure).

Une analyse des différents tarifs pratiqués en Europe en 2007 a mis en évidence que, à prestation équivalente, non seulement étaient pratiqués des tarifs différents selon les procédures, mais qu'ils dépassaient parfois très nettement le tarif de l'AFSSAPS. Ainsi, pour les procédures décentralisées, le tarif de l'Agence est fixé à 25 400 € alors qu'il peut atteindre jusqu'à 154 706 € au Royaume Uni, et 110 800 € en Allemagne.

Compte tenu de ces éléments, il est proposé :

- d'augmenter les tarifs des procédures décentralisées lorsque la France est état membre de référence. Aujourd'hui fixés entre 10 100 et 25 400 € selon la complexité des dossiers,
- de créer un tarif pour les procédures de reconnaissance mutuelles lorsque la France est Etat membre de référence. Ils seraient établis entre 6 000 € et 16 000 €, en fonction de la complexité des dossiers.

Concernant l'augmentation spécifique des renouvellements d'AMM il y a lieu de préciser qu'auparavant, il n'y avait qu'un simple renouvellement administratif quinquennal alors que désormais, il y a une véritable réévaluation des données de sécurité et qu'il n'existe plus qu'un renouvellement au bout de cinq ans (sauf exception), puis l'AMM devient illimitée.

L'estimation du montant apporté par ces différentes augmentations est de 65 M€ (contre 42 M€ (rendement 2011 attendu)).

2) Taxe sur les chiffres d'affaires des spécialités pharmaceutiques

La taxe annuelle sur les spécialités pharmaceutiques concernait 5 895 spécialités qui ont rapporté en France 27,4 Md€ HT aux laboratoires. Le montant de la taxe varie selon le chiffre d'affaires réalisé par chaque spécialité.

L'ensemble des montants forfaitaires sont relevés afin de porter le rendement de 24 M€ à 44 M€ environ.

3) Taxe sur les chiffres d'affaires des DM et DMDIV

La taxe sur les chiffres d'affaires des dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostics in-vitro est fixée à 0,25 % actuellement, rapportant à l'Agence 17,9 M€. Le taux de la taxe est porté à 0,29 % pour un rendement attendu d'environ 25 M€.

4) Contribution liées à certaines activités de l'Agence

Ces activités concernent principalement 4 types de prestations, dont les tarifs en vigueur sont les suivants :

- libérations de lots de vaccins : 287 €
- attestations qualité aux exportateurs de médicaments : 1 954 €
- revues de protocoles : 0
- libération de lots de médicaments dérivés du sang : 950 €

Une révision à la hausse des tarifs des libérations de lots de vaccins et des attestations qualité destinées aux exportateurs de médicaments est prévue car :

- ils n'ont n'a pas été révisés depuis 1995,
- ils sont insuffisants si on compare le coût annuel de l'activité globale de libération de lots (9 234 K€) avec la recette correspondante (5 M€ environ),
- une augmentation de tarif jusqu'à 3.500 € ne mettrait pas en péril la compétitivité de l'Agence par rapport aux autres pays européens.

Par ailleurs, il est proposé de créer un tarif pour la réalisation de revues de protocole au motif que cette prestation réalisée par la direction des laboratoires et des contrôles de l'agence n'est à ce jour pas facturée.

Les recettes attendues de ces augmentations sont de 8,4 M€.

5) La taxe sur les visas de publicité (L. 5122-5 du CSP) n'est pas modifiée

6) Les droits sur les demandes de certificats de matières premières ne sont pas modifiés

7) La taxe sur le contrôle nationale de qualité : le tarif de cette taxe est augmenté (540 € contre 463 €).

L'ensemble des augmentations des droits et taxes devrait rapporter environ 41 millions d'euros incluant les frais de gestion. Via le nouveau mécanisme de subvention pour charges de service public que recevra l'AFSSAPS du budget de l'Etat, ces recettes supplémentaires permettront de couvrir les besoins de l'agence.

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 morales :

Les entreprises pharmaceutiques devront assurer le versement des nouvelles contributions.

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

La collecte des taxes et redevances sera désormais assurée par les services de l'Etat (DGFIP).

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

Des aménagements du système d'information de l'AFSSAPS qui va devenir l'ANSM seront nécessaires comme de celui de la DGFIP.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles pour la DGFIP et avec les moyens alloués à l'AFSSAPS qui va devenir l'ANSM.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles pour la DGFIP et avec les moyens alloués à l'AFSSAPS qui va devenir l'ANSM.

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

Des décrets d'application sont nécessaires pour notamment fixer les taux des tarifs des contributions, et montants des droits. Ils seront publiés dans les premiers mois de l'année 2012.

2. Existence de mesures transitoires ?

Oui

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

Une information des entreprises pharmaceutiques est prévue sur les modifications des modalités de recouvrements des taxes et contributions antérieurement assurées par l'AFSSAPS.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Les services de l'Etat (DGFIP) et la CNAMTS réuniront toutes les informations nécessaires au suivi de cette mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article XX actuel du code de la santé publique</p>	
<p>Article L5121-15</p> <p>Toute demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 ou toute demande de modification ou de renouvellement de cet enregistrement donne lieu au versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'un droit progressif dont le montant est fixé par décret dans la limite de 7 600 euros.</p> <p>Toute demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 ou toute demande de modification ou de renouvellement de cet enregistrement donne lieu au versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'un droit progressif déterminé en fonction de l'objet de la demande et de l'existence, le cas échéant, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence antérieurement à la demande d'enregistrement et dont le montant est fixé par décret dans la limite de 10 110 euros.</p> <p>Ces droits sont recouverts selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.</p>	<p>Article L5121-15</p> <p>Toute demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 ou toute demande de modification ou de renouvellement de cet enregistrement donne lieu au versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'un droit progressif dont le montant est fixé par décret dans la limite de 7 600 euros.</p> <p>Toute demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 ou toute demande de modification ou de renouvellement de cet enregistrement donne lieu au versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'un droit progressif déterminé en fonction de l'objet de la demande et de l'existence, le cas échéant, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence antérieurement à la demande d'enregistrement et dont le montant est fixé par décret dans la limite de 10 110 euros.</p> <p>Ces droits sont recouverts selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.</p>
<p>Article L5121-16</p> <p>Donnent lieu au versement d'un droit progressif dont le montant est fixé par décret dans la limite de 45 000 € :</p> <p>1° Toute demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ;</p> <p>2° Toute demande de reconnaissance par au moins un autre Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnée à l'article L. 5121-8 ;</p> <p>3° Toute modification d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ;</p> <p>4° Toute demande de renouvellement d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ;</p> <p>5° Toute demande d'autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu par le 12° de l'article L. 5124-18 ;</p>	<p>Article L5121-16</p> <p>Donnent lieu au versement d'un droit progressif dont le montant est fixé par décret dans la limite de 45 000 € :</p> <p>1° Toute demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ;</p> <p>2° Toute demande de reconnaissance par au moins un autre Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnée à l'article L. 5121-8 ;</p> <p>3° Toute modification d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ;</p> <p>4° Toute demande de renouvellement d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ;</p> <p>5° Toute demande d'autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu par le 12° de l'article L. 5124-18 ;</p>

6° Toute demande de renouvellement d'autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu par le 12° de l'article L. 5124-18.

Son montant est versé à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Ce droit est recouvré selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.

Article L5121-17

Les médicaments et les produits bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou par l'Union européenne, ou bénéficiaires d'une autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu au 12° de l'article L. 5124-18, sont frappés d'une taxe annuelle perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à son profit et à celui des comités mentionnés à l'article L. 1123-1. Une fraction de cette taxe, égale à 11, 4 % du produit perçu chaque année, est reversée, après recouvrement, à ces comités selon des modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

La taxe annuelle prévue à l'alinéa précédent est fixée par décret dans la limite de 26 000 € par spécialité pharmaceutique et produit bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou de l'autorisation d'importation parallèle mentionnée au premier alinéa. Elle est due par le titulaire de cette autorisation.

L'assiette de la taxe est constituée par le montant des ventes de chaque médicament ou produit réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes à l'exportation. Le barème de la taxe comporte au moins cinq tranches.

Lorsqu'un médicament ou produit est présenté en plusieurs conditionnements d'une contenance différente, c'est le montant total des ventes du médicament ou produit, sous ses différents conditionnements, qui doit être retenu pour l'application des dispositions précédentes.

En ce qui concerne les médicaments à base de préparations homéopathiques ou d'allergènes, la taxe est perçue une seule fois pour une même famille de produits ; dans ce cas, le montant annuel des ventes à prendre en considération est celui qui est réalisé pour l'ensemble des produits de la même famille.

La taxe n'est pas exigible pour les médicaments orphelins désignés comme tels en application

~~6° Toute demande de renouvellement d'autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu par le 12° de l'article L. 5124-18.~~

~~Son montant est versé à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.~~

~~Ce droit est recouvré selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.~~

~~**Article L5121-17**~~

~~Les médicaments et les produits bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou par l'Union européenne, ou bénéficiaires d'une autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu au 12° de l'article L. 5124-18, sont frappés d'une taxe annuelle perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à son profit et à celui des comités mentionnés à l'article L. 1123-1. Une fraction de cette taxe, égale à 11, 4 % du produit perçu chaque année, est reversée, après recouvrement, à ces comités selon des modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.~~

~~La taxe annuelle prévue à l'alinéa précédent est fixée par décret dans la limite de 26 000 € par spécialité pharmaceutique et produit bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou de l'autorisation d'importation parallèle mentionnée au premier alinéa. Elle est due par le titulaire de cette autorisation.~~

~~L'assiette de la taxe est constituée par le montant des ventes de chaque médicament ou produit réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes à l'exportation. Le barème de la taxe comporte au moins cinq tranches.~~

~~Lorsqu'un médicament ou produit est présenté en plusieurs conditionnements d'une contenance différente, c'est le montant total des ventes du médicament ou produit, sous ses différents conditionnements, qui doit être retenu pour l'application des dispositions précédentes.~~

~~En ce qui concerne les médicaments à base de préparations homéopathiques ou d'allergènes, la taxe est perçue une seule fois pour une même famille de produits ; dans ce cas, le montant annuel des ventes à prendre en considération est celui qui est réalisé pour l'ensemble des produits de la même famille.~~

~~La taxe n'est pas exigible pour les 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.

Article L5121-18

Les redevables de la taxe sont tenus d'adresser à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration indiquant les médicaments et produits donnant lieu au paiement de la taxe. Cette déclaration est établie conformément au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Un Etat non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen peut effectuer les mêmes démarches.

En l'absence de déclaration dans le délai fixé ou en cas de déclaration inexacte, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut procéder à une taxation d'office qui entraîne l'application d'une pénalité de 10 % pour retard de déclaration et de 50 % pour défaut ou insuffisance de déclaration.

A défaut de versement dans les deux mois à compter de la date de la notification du montant à payer, la fraction non acquittée de la taxe, éventuellement assortie des pénalités applicables, est majorée de 10 %.

La taxe et les pénalités sont recouvrées selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.

Article L5121-19

Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peuvent obtenir, sur place, de tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché, communication des documents comptables nécessaires au contrôle de la taxe.

Article L5122-3

Seuls peuvent faire l'objet d'une publicité les médicaments pour lesquels ont été obtenus l'autorisation de mise sur le marché mentionnée

~~des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins.~~

Article L5121-18

Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts adressent à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au Comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les médicaments et produits, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

« Toute personne qui effectue la première vente en France d'un médicament désigné comme orphelin en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ou d'un médicament faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au a de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa.

Article L5121-19

~~Les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peuvent obtenir, sur place, de tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché, communication des documents comptables nécessaires au contrôle de la taxe.~~

Article L5122-3

Seuls peuvent faire l'objet d'une publicité les médicaments pour lesquels ont été obtenus l'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 ou un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou **qui bénéficient d'une autorisation**

à l'article L. 5121-8 ou l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 ou un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou qui sont importés selon la procédure mentionnée à l'article L. 5121-17.

Article L5122-5

Toute demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14, ainsi que tout dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14, doit être accompagné du versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'une taxe dont le montant est fixé par décret dans la limite de 510 euros.

Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.

Article L5123-2

L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-12, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17 sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

Article L5138-5

Toute inspection diligentée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à la suite d'une demande expresse d'un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4 afin que l'agence vérifie le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3 et délivre, le

d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 .

Article L5122-5

~~Toute demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14, ainsi que tout dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14, doit être accompagné du versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'une taxe dont le montant est fixé par décret dans la limite de 510 euros.~~

~~**Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.**~~

Article L5123-2

L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-12, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou **bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13** sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

Article L5138-5

~~Toute inspection diligentée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à la suite d'une demande expresse d'un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4 afin que l'agence vérifie le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3 et délivre, le cas échéant, le certificat attestant donne lieu au versement d'un droit au profit de l'agence dont le montant est fixé par décret, dans la limite de 10 000 Euros. Ce droit se compose d'une part~~

cas échéant, le certificat l'attestant donne lieu au versement d'un droit au profit de l'agence dont le montant est fixé par décret, dans la limite de 10 000 Euros. Ce droit se compose d'une part forfaitaire ne pouvant excéder 2 000 Euros et d'une part variable tenant compte des différences de situation géographique entre les établissements et de la durée nécessaire à la réalisation des inspections.

Ce droit est exigible, après réalisation de l'inspection, auprès de la personne physique ou de la personne morale exploitant l'établissement inspecté.

A défaut de versement dans les deux mois à compter de la date de la notification du montant à payer, la fraction non acquittée du droit est majorée de 10 %.

Ce droit et la majoration sont recouvrés par l'agent comptable de l'agence selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.

Article L5211-5-2

Les dispositifs médicaux tels qu'ils sont définis à l'article L. 5211-1, mis sur le marché français, sont frappés d'une taxe annuelle perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à son profit et à celui des comités mentionnés à l'article L. 1123-1. Elle est exigible des fabricants, ou pour les produits importés hors de l'Union européenne, de leurs mandataires.

Le taux de cette taxe est fixé à 0, 25 % du chiffre d'affaires annuel hors taxes réalisé. La taxe n'est pas exigible lorsque les ventes n'ont pas atteint, au cours de l'année civile précédente, un montant hors taxes de 763 000 €. Une fraction de cette taxe, égale à 2, 1 % du produit perçu chaque année, est reversée, après recouvrement, aux comités mentionnés à l'article L. 1123-1 selon des modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Une obligation de déclaration est instituée selon les mêmes conditions et les mêmes pénalités que celles fixées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 5121-18 pour les médicaments et produits bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché.

La déclaration est accompagnée du versement du montant de la taxe.

A défaut de versement, la fraction non acquittée de la taxe, éventuellement assortie des pénalités applicables, est majorée de 10 %.

~~forfaitaire ne pouvant excéder 2 000 Euros et d'une part variable tenant compte des différences de situation géographique entre les établissements et de la durée nécessaire à la réalisation des inspections.~~

~~Ce droit est exigible, après réalisation de l'inspection, auprès de la personne physique ou de la personne morale exploitant l'établissement inspecté.~~

~~A défaut de versement dans les deux mois à compter de la date de la notification du montant à payer, la fraction non acquittée du droit est majorée de 10 %.~~

~~Ce droit et la majoration sont recouvrés par l'agent comptable de l'agence selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.~~

Article L5211-5-2

Les dispositifs médicaux tels qu'ils sont définis à l'article L. 5211-1, mis sur le marché français, sont frappés d'une taxe annuelle perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à son profit et à celui des comités mentionnés à l'article L. 1123-1. Elle est exigible des fabricants, ou pour les produits importés hors de l'Union européenne, de leurs mandataires.

Le taux de cette taxe est fixé à 0, 25 % du chiffre d'affaires annuel hors taxes réalisé. La taxe n'est pas exigible lorsque les ventes n'ont pas atteint, au cours de l'année civile précédente, un montant hors taxes de 763 000 €. Une fraction de cette taxe, égale à 2, 1 % du produit perçu chaque année, est reversée, après recouvrement, aux comités mentionnés à l'article L. 1123-1 selon des modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Une obligation de déclaration est instituée selon les mêmes conditions et les mêmes pénalités que celles fixées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 5121-18 pour les médicaments et produits bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché.

La déclaration est accompagnée du versement du montant de la taxe.

A défaut de versement, la fraction non acquittée de la taxe, éventuellement assortie des pénalités applicables, est majorée de 10 %.

La taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.

La taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L5221-7

Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro définis à l'article L. 5221-1 sont frappés d'une taxe annuelle perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à son profit et à celui des comités mentionnés à l'article L. 1123-1, suivant les modalités prévues à l'article L. 5211-5-2.

Article L5321-2

Les ressources de l'agence sont constituées notamment :

1° Par des subventions des collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

2° Par des taxes prévues à son bénéfice ;

3° Par des redevances pour services rendus ;

4° Par des produits divers, dons et legs ;

5° Par des emprunts.

L'agence ne peut recevoir des dons des personnes dont elle contrôle l'activité.

L'agence peut attribuer des subventions dans des conditions prévues par le conseil d'administration

~~Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.~~

Article L5221-7

~~Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro définis à l'article L. 5221-1 sont frappés d'une taxe annuelle perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé à son profit et à celui des comités mentionnés à l'article L. 1123-1, suivant les modalités prévues à l'article L. 5211-5-2.~~

Article L.5321-2

Les ressources de l'agence sont constituées notamment :

1° Par une subvention de l'Etat ;

« 2° Par des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales 3° par des produits divers, dons et legs ;

4° par des emprunts.

5° Par des emprunts.

L'agence ne peut recevoir des dons des personnes dont elle contrôle l'activité.

L'agence peut attribuer des subventions dans des conditions prévues par le conseil d'administration

Article L.5321-3

Art. L. 5321-3. - I. - Donne lieu au versement d'un droit par le demandeur l'accomplissement par l'agence des opérations suivantes :

« 1° L'analyse d'échantillons, ainsi que l'évaluation de la documentation relative au protocole de contrôle transmise par le fabricant, en vue de la mise en circulation des lots de médicaments immunologiques mentionnés au 6° de l'article L. 5121-1, de médicaments dérivés du sang mentionnés à l'article L. 5121-3 et de substances qui, si elles sont utilisées séparément d'un dispositif médical dans lequel elles sont incorporées comme parties intégrantes, sont susceptibles d'être considérées comme des médicaments dérivés du sang ;

« 2° Les inspections expressément demandées par un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4 afin de vérifier le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3 et de délivrer, le cas échéant, le certificat attestant ce respect ;

« 3° La fourniture de substances de référence de la pharmacopée française ;

« 4° La délivrance d'attestations de qualité destinées aux exportateurs de médicaments.

« Le montant du droit est fixé par décret dans la limite de :

« - 4 000 € pour les opérations mentionnées au 1° ;

« - 15 000 € pour les opérations mentionnées au 2° ;

« - 120 € pour les opérations mentionnées au 3° ;

« - 3 500 € pour les opérations mentionnées au 4°.

« II. - L'agence liquide le montant du droit dû pour chaque opération, qui donne lieu à l'émission d'un titre de perception ordonnancé par le ministère chargé de la santé. Le droit est recouvré au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés selon les modalités en vigueur en matière de créances étrangères à l'impôt et au domaine.

Article L.5421-6-3

- Le fait de ne pas adresser à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, la déclaration mentionnée à l'article L. 5121-18, est puni de 45 000 € d'amende.

« La déclaration incomplète ou inexacte est punie de 25 000 €

Article L5422-2

<p>Article L5422-2</p> <p>Toute publicité portant sur un médicament qui n'a pas obtenu l'autorisation mentionnée aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ou l'autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 ou l'un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.</p> <p>Article L6221-11</p> <p>Pour l'exécution du contrôle national de qualité prévu à l'article L. 6221-10, une taxe annuelle, prélevée au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, est due par tout laboratoire de biologie médicale, dès lors qu'une ou plusieurs des catégories d'examens de biologie médicale soumises à ce contrôle y sont effectuées.</p> <p>Le montant de la taxe est fixé à 1 715 fois la valeur conventionnelle de la lettre clé B au 1er janvier de l'année d'exigibilité ; il peut être révisé par voie réglementaire dans la limite de 1 955 fois la valeur conventionnelle de la lettre clé B.</p> <p>Le versement de la taxe est effectué avant le 31 mars de l'année à laquelle elle se rapporte. Une majoration de 10 % est appliquée à toute somme restant due à la date limite de versement. La taxe et les pénalités sont recouvrées selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.</p>	<p>Toute publicité portant sur un médicament qui n'a pas obtenu l'autorisation mentionnée aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ou l'autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 ou l'un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende</p> <p>Article L6221-11</p> <p>Pour l'exécution du contrôle national de qualité prévu à l'article L. 6221-10, une taxe annuelle, prélevée au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, est due par tout laboratoire de biologie médicale, dès lors qu'une ou plusieurs des catégories d'examens de biologie médicale soumises à ce contrôle y sont effectuées.</p> <p>Le montant de la taxe est fixé à 1 715 fois la valeur conventionnelle de la lettre clé B au 1er janvier de l'année d'exigibilité ; il peut être révisé par voie réglementaire dans la limite de 1 955 fois la valeur conventionnelle de la lettre clé B.</p> <p>Le versement de la taxe est effectué avant le 31 mars de l'année à laquelle elle se rapporte. Une majoration de 10 % est appliquée à toute somme restant due à la date limite de versement. La taxe et les pénalités sont recouvrées selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.</p>
<p>CODE DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Article L162-16-5</p> <p>Le prix de cession au public des spécialités</p>	<p>CODE DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Article L162-16-5</p> <p>Le prix de cession au public des spécialités</p>

disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou,

disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle **conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13** du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales

à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Article L162-17-5

Les redevables de la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique adressent une copie de la déclaration prévue à l'article L. 5121-18 du même code au comité économique des produits de santé au plus tard le 31 mars de chaque année.

Article L241-2

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :

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 ;

2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.

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.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

1° Une fraction égale à 38,81 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;

2° Le remboursement par la Caisse nationale

représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Article L162-17-5

~~Les redevables de la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique adressent une copie de la déclaration prévue à l'article L. 5121-18 du même code au comité économique des produits de santé au plus tard le 31 mars de chaque année.~~

Article L.241-2

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :

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 ;

2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.

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.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

1° Une fraction égale à 38,81 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;

2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités

<p>des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ;</p> <p>3° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par :</p> <p>a) Les fabricants de lunettes ;</p> <p>b) Les fabricants d'équipements d'irradiation médicale, d'équipements électromédicaux et électrothérapeutiques ;</p> <p>c) Les médecins généralistes ;</p> <p>d) Les établissements et services hospitaliers ;</p> <p>e) Les établissements et services d'hébergement médicalisé pour personnes âgées ;</p> <p>f) Les sociétés d'ambulance ;</p> <p>4° 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>6° La part du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 fixée au dernier alinéa du II de l'article L. 245-16.</p>	<p>versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ;</p> <p>3° La taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par :</p> <p>a) Les fabricants de lunettes ;</p> <p>b) Les fabricants d'équipements d'irradiation médicale, d'équipements électromédicaux et électrothérapeutiques ;</p> <p>c) Les médecins généralistes ;</p> <p>d) Les établissements et services hospitaliers ;</p> <p>e) Les établissements et services d'hébergement médicalisé pour personnes âgées ;</p> <p>f) Les sociétés d'ambulance ;</p> <p>4° 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>6° La part du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 fixée au dernier alinéa du II de l'article L. 245-16 ;7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 Q et 1635 bis AE du code général des impôts et les droits perçus au titre de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;</p>
<p>Article XX actuel du code général des impôts/du livre des procédures fiscales</p>	<p>Article XX modifié du code général des impôts/ du livre des procédures fiscales</p>
	<p>« V. - Prélèvements sociaux perçus au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés</p> <p>« Art. 1600-0 N. - I. - Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France de médicaments et de produits définis au II sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>« II. - Les médicaments et produits mentionnés au I sont les médicaments et produits ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des dispositions des articles L. 5121-13 et L. 5121 14-1 du code de la santé publique, d'une autorisation de mise</p>

sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé au sens des dispositions de l'article L. 5121-8 du même code, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens des dispositions du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 du même code.

« III. - L'assiette de la taxe est constituée, pour chaque médicament ou produit mentionné au II, par le montant total hors taxe sur la valeur ajoutée des ventes, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des médicaments et produits qui sont exportés hors de l'Union européenne, ainsi que des ventes de médicaments et produits expédiés vers un autre Etat membre de l'Union européenne et des ventes de médicaments orphelins au sens des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins.

« IV. - Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit mentionné au II à :

« - 499 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 000 € et 76 000 € ;

« - 1 636 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 76 001 € et 380 000 € ;

« - 2 634 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 380 001 € et 760 000 € ;

« - 3 890 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 760 001 € et 1 500 000 €;

« - 6 583 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 500 001 € et 5 000 000 €;

« - 13 166 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 5 000 001 € et 10 000 000 €;

« - 19 749 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 10 000 001 € et 15 000 000 €;

« - 26 332 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 15 000 001 € et 30 000 000 €;

« - 33 913 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est supérieur à 30 000 000 €

« V. - La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France, ou après introduction en France en provenance de l'étranger de médicaments et produits mentionnés au II.

« Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente de chaque médicament ou produit mentionné au II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

« Art. 1600-0 O. - I. - Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II sont soumis à une taxe annuelle perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« II. - Les dispositifs mentionnés au I sont les dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro

définis à l'article L. 5221-1 du même code.

« III. - L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les dispositifs mentionnés au II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre Etat membre de l'Union européenne.

« IV. - Le taux de cette taxe est fixé à 0,29 %.

« V. - La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France, ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.

« Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

« Art. 1600-0 P. - I. - Les redevables de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 N et de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 O déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration.

« Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I de l'article 1600-0 N et au I de l'article 1600-0 O lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.

« II. - Les taxes mentionnées au I de l'article 1600-0 N et au I de l'article 1600-0 O sont constatées, recouvrées et contrôlées selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les

règles applicables à cette même taxe.

« III. - Lorsque les redevables des taxes mentionnées au I de l'article 1600-0 N et au I de l'article 1600-0 O ne sont pas établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans tout autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscale, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui s'engage à remplir les formalités incombant à cette personne et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à sa place.

« Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale de manière séparée la comptabilité afférente aux ventes de médicaments et produits mentionnés au II de l'article 1600 0 N et celle afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600 0 O.

« Art. 1600-0 Q. - I. - Il est institué une taxe annuelle perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés due par les laboratoires de biologie médicale définis à l'article L. 6212-1 du code de la santé publique dont tout ou partie des examens sont soumis, pour l'année en cause, au contrôle national de qualité mentionné à l'article L. 6221-10 du même code.

« II. - Le montant de la taxe mentionnée au I est fixé forfaitairement par décret dans la limite de 600 €

« III. - Les redevables déclarent la taxe sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. La taxe est acquittée lors du dépôt de la déclaration.

« Pour les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A, la taxe est déclarée et acquittée lors du dépôt de la déclaration mentionnée

au 3 de l'article 287.

« IV. - La taxe est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe. »

« Section V quinquies

« Droits perçus au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

« Art. 1635 bis AE. - I. - Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt, auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé :

« 1° De chaque demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du code de la santé publique, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

« 2° De chaque demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

« 3° De chaque demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code et de chaque demande de renouvellement ou de modification de cette autorisation ;

« 4° De chaque demande de reconnaissance par au moins un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de ces autorisations ;

« 5° De chaque demande d'autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 du même code et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ;

« 6° De chaque demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14 du même code ;

« 7° De chaque dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code.

« II. - Le montant du droit dû à raison des dépôts mentionnés au I est fixé par décret dans la limite de :

« - 7 600 € pour les demandes mentionnées au 1° du I ;

« - 21 000 € pour les demandes mentionnées au 2° du I ;

« - 50 000 € pour les demandes mentionnées au 3°, au 4° et au 5° du I ;

« - 510 € pour les demandes mentionnées au 6° et au 7° du I.

« III. - Le versement du droit est accompagné d'une déclaration dont le modèle est fixé par l'administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. Il est donné quittance de son versement. A défaut de production de la quittance à l'appui de son dépôt à l'agence, ou en cas de versement d'un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée. » ;

« Une fois le dossier d'une demande mentionnée au I complet ou la publicité mentionnée au 7° du I déposée, le droit versé

n'est restituable qu'à concurrence de la fraction de son montant dont l'agence a antérieurement constaté l'insuffisance de versement. » ;

3° Après le III de l'article 1647, il est inséré un III bis ainsi rédigé :

« Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 Q et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 bis AE. »

IV. - Le VII de la section II du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

« Art. L. 166 D. - L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts transmet à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »

ARTICLE 20

FINANCEMENT DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES

I. Présentation de la mesure

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

Des efforts significatifs ont été consentis ces dernières années au bénéfice du financement du régime des exploitants agricoles. Fin 2008, la dette cumulée par ce dernier au 31 décembre a été reprise par l'Etat à hauteur de 8 Md€. Parallèlement, la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ont porté une réforme d'ampleur du financement du régime. En premier lieu, le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFPSA) a été supprimé et les recettes qu'il percevait ont été directement affectées à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), qui a en charge la gestion du régime. En outre, la branche maladie du régime des exploitants agricoles est devenue, dans un objectif de retour à l'équilibre, l'unique affectataire du produit de la taxe sur les véhicules de société ; en complément de cette affectation, le risque maladie a fait l'objet, comme c'est le cas pour le régime des salariés agricoles depuis une quarantaine d'années, d'une intégration financière au régime général désormais en charge d'assurer l'équilibre de la branche.

Se pose aujourd'hui la question du financement de la branche vieillesse du régime des non salariés agricoles, laquelle présente un déficit important. Il atteindrait 1,3 Md€ pour l'exercice 2011 conduisant à un déficit cumulé de 3,8 Md€ à la fin de cette même année. En l'absence de mesures nouvelles, le déficit cumulé atteindrait 5,2 Md€ fin 2012.

Il faut ici rappeler que la réforme de 2009, centrée sur la partie maladie, n'avait prévu aucune mesure pérenne en faveur du retour à l'équilibre de la branche vieillesse. Le sous-financement structurel de cette dernière tient principalement au rapport démographique défavorable entre cotisants et bénéficiaires des prestations : les dépenses demeurent supérieures aux ressources du régime de retraite, lesquelles sont composées à hauteur de 14% par les cotisations des affiliés, et pour plus de 50% par les transferts internes à la sécurité sociale au titre du mécanisme de compensation démographique « vieillesse ».

Cette situation pèse fortement sur la trésorerie de la CCMSA, laquelle se finance, dans la limite d'un plafond fixé à 4,5 Md€ par la loi de financement de 2011, auprès d'un pool bancaire mené par le Crédit agricole CIB.

Dans ce contexte, le Gouvernement souhaite proposer dans le cadre du projet de loi de financement pour 2012 un schéma qui permette à la fois de soulager de façon significative la trésorerie de la CCMSA, et d'améliorer les perspectives financières du régime de retraite des exploitants agricoles pour les années à venir.

La mobilisation d'une partie des ressources nouvelles dégagées dans le cadre du plan anti-déficits présenté par le Premier ministre le 24 août dernier doit permettre cet effort en faveur de la soutenabilité du régime des exploitants agricoles.

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

Mesure retenue

Dans la perspective d'un assainissement des comptes du régime des non salariés agricoles, le Gouvernement propose un schéma en deux volets. D'une part, les déficits comptables de sa branche retraite au titre des exercices 2009 et 2010 font l'objet d'un transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale dans le respect du principe organique de non allongement de la date de fin de vie prévisionnelle de la Caisse. D'autre part, le besoin annuel de financement de cette branche est réduit de près de 30% par l'affectation de recettes nouvelles à hauteur de 400 M€.

2.1. Reprise des déficits comptables cumulés 2009-2010 de la branche vieillesse

Afin de conforter le respect des engagements pris par la France vis-à-vis de ses partenaires européens en faveur de la maîtrise des finances publiques, le Premier ministre a annoncé le 24 août

dernier une série de mesures nouvelles en recettes, dont certaines ont pour effet direct d'augmenter le produit des ressources affectées à la CADES.

Plus précisément, les deux mesures suivantes viennent majorer de manière pérenne le rendement des recettes CADES, à hauteur de 220 M€ en 2012, au-delà donc de leur dynamique tendancielle :

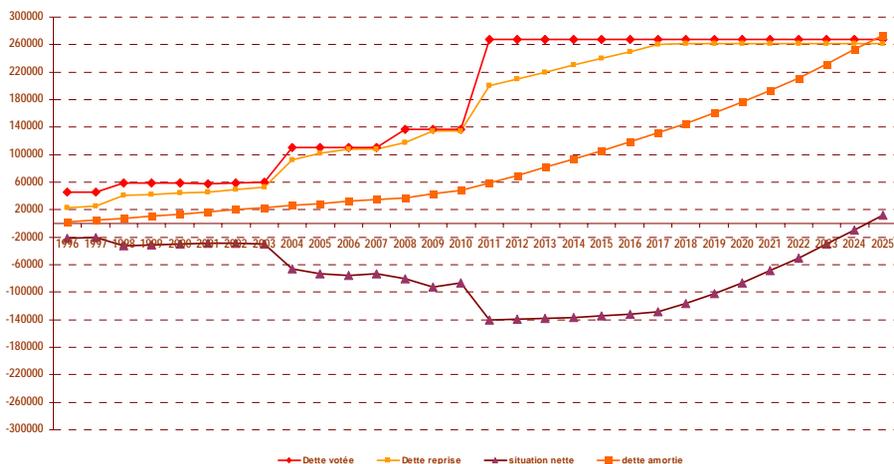
- i) le projet de loi de finances rectificatives « Grèce » adopté en septembre 2011 par le Parlement prévoit, en son article 1^{er} A, l'aménagement du régime d'imposition des plus-values immobilières (hors résidences principales) : cette mesure augmentera le rendement des ressources de la CADES de 147 M€ en 2012.
- ii) le PLFSS pour 2012 retient, en son article 12, des modifications concernant les modalités d'abattement pour frais professionnels de CSG et de CRDS. Le passage de 3 à 2% du taux d'abattement ainsi que la suppression de cet abattement sur les revenus autres que le salaire conduisent à majorer les ressources de la Caisse à hauteur de 73 M€ en 2012 (+36 M€ au titre de la CSG et +37 M€ au titre de la CRDS).

Dans ces conditions, le Gouvernement propose de mobiliser cette hausse du produit des ressources affectées à la CADES afin d'organiser le transfert à cette dernière des déficits 2009 et 2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, et, d'ainsi soulager la gestion de trésorerie de la CCMSA et réduire les charges financières associées.

En application de l'article 4 bis de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, « *tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation du produit d'impositions de toute nature ou de la réalisation d'actifs affecté à la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale* ». Les estimations publiques de la CADES, sur la base desquelles est apprécié, en vertu du quatrième alinéa de l'article précité, le respect de cette contrainte de rang organique, précisent que la reprise de 10 Md€ de dette nouvelle doit être accompagnée d'une hausse des produits affectés à la Caisse équivalente à 0,063 point de CRDS de façon à ne pas allonger, en prévision, son horizon d'amortissement évalué postérieurement à la loi de financement de la sécurité sociale à 2025 dans son scénario médian.

Aussi, le transfert à la CADES de la dette cumulée 2009-2010 du régime vieillesse des non salariés agricoles, laquelle s'établit de façon définitive à 2,467 Md€, impose que le produit des impositions de toute nature dont bénéficient la CADES augmente, au-delà de ses recettes prévues, à hauteur de 201 M€ (soit l'équivalent de 0,016 point de CRDS). Il est ainsi proposé de mobiliser les mesures présentées plus haut, qui augmenteront les ressources de la Caisse à hauteur de 220 M€ en 2012, pour assurer le transfert des déficits cumulés 2009-2010 des exploitants agricoles, sans allonger le calendrier d'amortissement de la Caisse.

En intégrant dans son modèle de simulation « ALM » l'ensemble des paramètres du schéma de reprise ici proposé par le Gouvernement, la CADES établit que sa trajectoire médiane respecte la contrainte organique en ce qu'elle prévoit l'extinction des missions de la Caisse à l'échéance 2025.



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

Ce schéma se traduira par l'ajout d'une mission nouvelle à la CADES au sein de l'article 4 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. La Caisse versera une somme de 2 466 641 896,19 euros à la CCMSA, au profit de la branche mentionnée au 3° de l'article L.722-8 du code rural et de la pêche maritime.

2.2. Recettes nouvelles affectées au financement courant de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles

En complément de son engagement visant à assurer le traitement des déficits comptables passés, le Gouvernement souhaite également mobiliser les recettes dégagées dans le cadre du plan anti-déficits annoncé le 24 août dernier pour réduire le besoin de financement courant de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles.

Si l'effort de redressement des comptes publics est majoritairement dirigé, dans la sphère sociale, vers le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse, en raison de leur situation financière dégradée, il importe aussi au Gouvernement de permettre, via les mesures nouvelles, l'amélioration des perspectives financières du régime des non salariés agricoles. Au total, ce sont 400 M€ de ressources nouvelles que le Gouvernement propose d'affecter définitivement au financement de la branche vieillesse de celui-ci, permettant la réduction du déficit à hauteur de 30%.

Les 400 M€ nouvellement attribués au régime de retraite des non salariés agricoles par la mobilisation des mesures nouvelles présentées dans le cadre du plan français de redressement des comptes publics, se décomposent comme suit :

- i) en son article 17, le projet de loi de financement pour 2012 prévoit le relèvement du prix des boissons alcoolisées. Ainsi que le précise l'étude d'impact de cet article, la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles percevra spontanément la moitié du rendement, soit 170 M€ de ressources supplémentaires en 2012, compte tenu de la majoration du tarif du droit de consommation applicable aux alcools dont le produit lui est d'ores et déjà intégralement affecté. Il n'y a donc pas lieu de prévoir de disposition spécifique d'affectation.
- ii) en sus de ces 170 M€, il est proposé de rediriger vers la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles une part équivalente à 230 M€ de l'effort en recettes réalisé en direction de la sécurité sociale dans le cadre du plan anti-déficits. Le présent projet d'article organise les transferts nécessaires en ce sens. Plus précisément, et dans la mesure où la branche maladie du

régime général compte parmi les premiers bénéficiaires de l'effort en recettes mentionné ci-dessus, il est proposé de prélever une partie du rendement des mesures nouvelles qu'elle capte spontanément vers le régime vieillesse des exploitants. Concrètement, ce dernier sera, à compter de 2012, affectataire d'une fraction égale à 60,4 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts, alors que ce produit était jusque là attribué en totalité à la branche maladie du régime des non salariés agricoles. Compte tenu de l'intégration financière de cette dernière à la CNAMTS, ce schéma aura pour effet de réduire à hauteur de 230 M€ le bénéfice des mesures nouvelles reçues par la branche maladie du régime général. Cette mesure ne remet pas en cause par ailleurs l'objectif affiché dans le cadre du présent projet de loi de réduction de moitié du déficit de la CNAMTS en 2012 par rapport à 2010.

Autres options d'action possibles

Sur l'effort global en recettes proposé par le Gouvernement afin de tenir ses objectifs de réduction du déficit public, ce sont près de 60 % qui sont dirigés vers la sécurité sociale. Dans ce contexte, la mobilisation de cette dernière a été privilégiée à un schéma impliquant directement l'Etat (sous la forme d'un transfert de dette à l'Etat plutôt qu'à la CADES ou d'un transfert de recettes de l'Etat vers le régime des exploitants agricoles) à la faveur de l'assainissement des comptes du régime vieillesse des exploitants agricoles.

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

Ces dispositions prennent place dans la partie III de la loi de financement de la sécurité sociale. Celles relatives au transfert, à l'amortissement et aux conditions de financement de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base au titre du 5° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale ; celles touchant aux recettes des branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles au titre du 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Oui, modification du code rural et de la pêche maritime. Non s'agissant de l'ordonnance n°50-96 du 24 janvier 1996.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Le régime des exploitants agricoles intervient dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. .

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier du schéma proposé par le Gouvernement est double : d'une part, la reprise de dette des déficits cumulés 2009-2010 conduira à réduire les charges financières engagées chaque année par la CCMSA pour la gestion de trésorerie du régime des exploitants agricoles ; d'autre part, l'affectation de ressources supplémentaires à hauteur de 400 M€ viendra améliorer le solde courant de celui-ci.

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>				
	2011 (rectificatif)	2012 P	2013	2014	2015
CCMSA – branche vieillesse 1) Economies sur les charges financières au titre du transfert de dette à la CADES 2) Affectation de recettes nouvelles		+ 40 M€ + 400 M€			
CNAM		-230 M€			

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

L'impact sur les comptes de la CNAM est indirect : en transférant 230 M€ de droits alcools de la branche maladie des exploitants agricoles à la branche retraite, on majore le besoin de financement de la première et on augmente en conséquence à due concurrence la dotation de la CNAM chargée d'équilibrer cette branche depuis son intégration financière en 2009.

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

La reprise de la dette cumulée 2009-2010 du régime vieillesse des non salariés agricoles a pour conséquence évidente d'élargir les missions de la CADES : l'objectif d'amortissement de la Caisse sera majoré à hauteur de l'augmentation du produit des ressources qui lui sont d'ores et déjà affectées.

Ce schéma permettra de soulager la gestion de trésorerie de la CCMSA, et en particulier de limiter les frais financiers engagés par la Caisse centrale pour la couverture des besoins de financement du régime. A l'inverse, les charges d'intérêt supportées par la CADES augmenteront de façon limitée.

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

La CADES gèrera cette nouvelle mission.

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

Sans objet.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet.

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

Non

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 ?

Le Programme de qualité et d'efficience 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 2012 aura ainsi un impact sur :

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

ii) l'indicateur relatif au suivi de la dette sociale portée par la CADES : le 1er 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 en faveur du régime des exploitants ; le 2ème sous-indicateur relatif aux amortissements annuels et aux intérêts versés par la CADES sera également modifié en conséquence ; le 3ème sous-indicateur relatif aux perspectives d'extinction de la dette sociale traduira le respect du cadre organique prévoyant que tout nouveau transfert est accompagné d'une augmentation du produit des ressources affectées à la CADES de façon à ne pas allonger, en prévision, son horizon d'amortissement.

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

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 4 actuel de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	Article 4 modifié de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale
<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>Il 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 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 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 à l'article L. 114-1 du même code.</p> <p>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</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>Il 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 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 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 à l'article L. 114-1 du même code.</p> <p>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</p>

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Il quater. — La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 des branches mentionnées aux 1°, 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° du même article L. 200-2, 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.</p>	<p>Il quater. — La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 des branches mentionnées aux 1°, 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° du même article L. 200-2, 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.</p>
<p>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 au même alinéa.</p>	<p>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 au même alinéa.</p>
<p>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 2010 sont fixés par décret.</p>	<p>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 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>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</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</p>

priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, en priorité à la branche mentionnée au 3° du même article L. 200-2.

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 :

-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 ;

-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 ;

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.

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.

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 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.

VI.-La caisse verse le 1er avril 2004 la somme de 1 097 307 635, 44 Euros à l'Agence centrale des

priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, en priorité à la branche mentionnée au 3° du même article L. 200-2.

Il sexies. – La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 de la branche mentionnée au 3° de l'article L.722-8 du code rural et de la pêche maritime est assurée par un transfert avant le 31 décembre 2011 de 2 466 641 896,19 euros de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

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 :

-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 ;

-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 ;

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.

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.

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 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.

VI.-La caisse verse le 1er avril 2004 la somme de

<p>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 prévoit qu'il s'agit d'acomptes.</p>	<p>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 prévoit qu'il s'agit d'acomptes.</p>
<p>Article L731-2 du code rural et de la pêche maritime</p>	<p>Article L731-2 modifié du code rural et de la pêche maritime</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>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;</p> <p>2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;</p> <p>3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;</p> <p>4° Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;</p> <p>5° Une fraction égale à 65,6 % du produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;</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>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;</p> <p>2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;</p> <p>3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;</p> <p>4° Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;</p> <p>5° Une fraction égale à 65,6 % du produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;</p>

<p>6° Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du même code ;</p> <p>7° Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée par l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>8° Une fraction du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 ;</p> <p>9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010,1609 vicies et 1618 septies du code général des impôts ;</p> <p>10° Une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ;</p> <p>12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ;</p> <p>14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>15° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>	<p>6° Une fraction égale à 39,6 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du même code ;</p> <p>7° Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée par l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>8° Une fraction du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 ;</p> <p>9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010,1609 vicies et 1618 septies du code général des impôts ;</p> <p>10° Une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ;</p> <p>12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ;</p> <p>14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>15° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>
<p>Article L731-3 du code rural et de la pêche maritime</p>	<p>Article L731-3 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Le financement des prestations d'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion</p>	<p>Le financement des prestations d'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion</p>

<p>des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :</p> <p>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles ;</p> <p>2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;</p> <p>3° Le produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;</p> <p>4° Une fraction égale à 34,4 % du produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;</p> <p>5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;</p> <p>7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ;</p> <p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>	<p>des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :</p> <p>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles ;</p> <p>2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;</p> <p>3° Le produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;</p> <p>4° Une fraction égale à 34,4 % du produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;</p> <p>5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;</p> <p>7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ;</p> <p>7° ter Une fraction égale à 60,4 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ;</p> <p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>
--	---

ARTICLE 21

TRANSFERT DU RÉGIME SPÉCIAL D'ASSURANCE MALADIE DE LA CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE PARIS (CCIP) AU RÉGIME GÉNÉRAL

I. Présentation de la mesure

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

a) Le transfert du risque invalidité du régime spécial de la CCIP au régime général n'a pas pu être mis en œuvre.

L'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a prévu le transfert des assurances vieillesse et invalidité du régime spécial du personnel de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) au régime général de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2006. Le régime spécial de la CCIP devait ainsi être réduit à compter du 1^{er} janvier 2006 à la couverture du seul risque maladie.

Le transfert de l'assurance vieillesse au régime général a été effectué à compter du 1^{er} janvier 2006. En revanche, la couverture du risque invalidité a continué d'être assurée en pratique par le régime spécial après cette date et jusqu'à aujourd'hui.

Cette absence de transfert de fait s'explique par le fait qu'il est difficile en pratique de dissocier la gestion du risque invalidité de celle du risque maladie qui ouvrent droit tous deux à prise en charge des prestations en nature. Les régimes ne pouvant distinguer en gestion les prestations en nature entre elles, l'affectation des dépenses liées à ces prestations à l'un ou l'autre de ces régimes se serait avérée impossible.

Cette absence de transfert de gestion du risque invalidité, outre le fait qu'elle n'est pas conforme à la loi, complique la liquidation des droits à retraite des agents de la CCIP dont les pensions d'invalidité du régime spécial ne peuvent être validées pour les droits à retraite au régime général qu'au terme d'une procédure manuelle susceptible de générer des erreurs.

Par ailleurs, la loi du 2 août 2005 n'a pas prévu de versement de cotisation par la CCIP au régime général au titre de l'assurance invalidité alors que la prise en charge des prestations d'invalidité du régime spécial par le régime général aurait entraîné un coût pour ce dernier (1,5 M€ de charges de prestations auxquels doivent être ajoutés les frais de gestion) non compensé par le versement de cotisation ou contribution de la part de la CCIP.

b) Le maintien du régime spécial maladie de la CCIP n'est plus justifié.

Le maintien du régime spécial d'assurance maladie de la CCIP ne paraît plus justifié :

- d'une part, la réforme des chambres consulaires portée par la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 prévoit qu'en Île-de-France les chambres départementales seront intégrées à la chambre de commerce et d'industrie de la région Paris-Ile-de-France au plus tard au 1^{er} janvier 2013 et que les personnels des actuelles chambres de commerce et d'industrie de cette région seront soumis à un statut unique. Dans la mesure où les personnels des chambres départementales relèvent du régime général, le maintien au-delà de cette date du régime spécial du personnel de la CCIP poserait des difficultés juridiques – en particulier, au regard du principe d'égalité – et en gestion.

- d'autre part, le régime spécial de la CCIP sert des prestations identiques à celles du régime général et il ne paraît donc pas justifié de maintenir une gestion spécifique de l'assurance maladie des personnels de la CCIP, a fortiori dans le cadre de la future chambre de la région Paris-Ile-de-France et de la mise en place d'un statut unique du personnel.

La mesure projetée a fait l'objet d'un accord de principe de la CCIP et des services de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

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

Mesure proposée :

- En premier lieu, l'article procède au transfert des assurances maladie-maternité du régime spécial de la CCIP au régime général au 1^{er} janvier 2013, c'est-à-dire à la date de création de la Chambre de commerce et d'industrie de la région Paris-Ile-de-France (à laquelle sera intégrée la CCIP) débouchant sur un statut unique pour l'ensemble du personnel.

L'intégration du régime spécial d'assurance maladie de la CCIP au régime général de sécurité sociale constitue la solution la plus idoine pour mettre fin aux difficultés de gestion ayant empêché le transfert effectif du risque invalidité en 2006 (cf. supra).

Cette intégration s'accompagne logiquement d'un alignement du taux de cotisation employeur sur celui du régime général (12,8%). Toutefois, afin de tenir compte des contraintes budgétaires pesant sur la CCIP, notamment dans le cadre de la réforme des chambres consulaires, cet alignement se fera progressivement entre le 1^{er} janvier 2013 et le 1^{er} janvier 2019 (selon une montée en charge fixée par décret).

- En second lieu, l'article proposé fixe le transfert au régime général du risque invalidité du régime spécial de la CCIP au 1^{er} janvier 2013. Il aligne ainsi la date de ce transfert sur celle de l'intégration du risque maladie, ce qui permet de mettre fin à la situation de fait résultant de la non application de l'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 tout en évitant les difficultés en gestion.

L'intégration des risques maladie-maternité-invalidité des agents de la CCIP au régime général leur garantira une couverture avec une qualité de service identique de celle de l'ensemble des salariés du secteur privé.

Autres options possibles :

Sauf à revenir sur le transfert du risque invalidité au régime général, et donc sur la loi du 2 août 2005, et à ne pas procéder au transfert du risque maladie, il ne paraît pas possible de maintenir une gestion dissociée des risques maladie et invalidité des agents de la CCIP.

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

Cette mesure emporte des conséquences financières pour le régime général dès lors que celui-ci percevra les cotisations salariales et patronales au titre des assurés salariés de la CCIP et devra assumer la charge financière des prestations de maladie et d'invalidité.

Cette mesure prend donc place dans la partie III de la loi de financement de la sécurité sociale, comme comportant des effets directs en premier lieu sur les recettes des régimes et des organismes (2° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS), et en second lieu 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 ne fait pas l'objet d'une codification.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Sans objet

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

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>				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Régime spécial de la CCIP	-	-	Régime transféré		
Régime général (CNAMTS)	-	-	+ 0,95	+ 2,8	+ 4,7

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

L'impact pour le régime spécial de la CCIP est nul dès lors qu'il est intégré au régime général à compter du 1^{er} janvier 2013.

L'impact est positif pour la CNAMTS et augmente au fur et à mesure de la mise en œuvre de la mesure en rapport avec le relèvement du taux de cotisation employeur entre le 1^{er} janvier 2013 et le 1^{er} janvier 2019 qui permet de couvrir la charge des prestations maladie-maternité-invalidité des agents de la CCIP (cet impact s'élève à +0,95 M€ en 2013, +2,8 M€ en 2014, +4,7 M€ en 2015, etc.).

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Le taux de cotisation employeur, actuellement de 5,10 % dans le cadre du régime spécial, est aligné sur celui du régime général (12,8%). Afin de tenir compte des contraintes budgétaires pesant sur la CCIP, notamment dans le cadre de la réforme des chambres consulaires, cet alignement se fera progressivement entre le 1^{er} janvier 2013 et le 1^{er} janvier 2019 selon une montée en charge fixée par décret.

b) impacts sociaux

L'intégration des risques maladie-maternité-invalidité des agents de la CCIP au régime général leur garantira une couverture avec une qualité de service identique de celle de l'ensemble des salariés du secteur privé et notamment des autres chambres de commerce et d'industrie. Elle permettra une gestion efficiente des risques invalidité et maladie, en ce qu'ils ouvrent droit tous deux à prise en charge des prestations en nature par le régime général, et donc une meilleure qualité de service pour les agents de la CCIP. Enfin, elle permettra une prise en compte informatique des périodes d'invalidité dans la pension de retraite du régime général, minorant ainsi le risque d'erreur.

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

A compter de 2013, les salariés de la CCIP devront s'adresser au régime général pour bénéficier de prestations maladie-maternité-invalidité. La CCIP faisant déjà application des règles du régime général, le niveau de leurs droits à prestations ne sera pas affecté.

Le montant des pensions de vieillesse des salariés ayant bénéficié de pensions d'invalidité entre 2006 et 2012 devrait être améliorée par la prise en compte de cette période.

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

La CCIP, gestionnaire du régime spécial, ne prendra plus en charge les prestations maladie-maternité-invalidité de ses salariés à compter du 1^{er} janvier 2013. Le régime général devra les prendre à sa charge.

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

Compte tenu du nombre d'assurés concernés (environ 8.400 personnes, salariés de la CCIP et ayants droit compris), cet impact devrait être limité pour le régime général.

d) impact budgétaire

La réforme sera gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

Compte tenu de l'intégration du régime spécial de la CCIP au régime général, le nombre d'ETP affecté par la CCIP au régime spécial sera nul à compter de 2013. Au regard du nombre d'assurés concernés (environ 8.400 personnes, salariés de la CCIP et ayants droit compris), l'impact sur l'emploi à la CNAMTS et dans les CPAM de la région parisienne devrait être très faible. Les 10 agents de la CCIP affectés actuellement à la gestion du régime spécial seront réaffectés sur d'autres postes au sein de l'établissement ou repris par les caisses du régime général.

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 fixera, d'une part, la montée en charge du taux de cotisation maladie-invalidité employeur à la charge de la CCIP, et, d'autre part, les modalités nécessaires à la continuité des droits avant et après le transfert.

2. Existence de mesures transitoires ?

Le taux de cotisation employeur sera aligné progressivement sur celui du régime général à compter du 1^{er} janvier 2013 et jusqu'au 1^{er} janvier 2019 selon des modalités fixées par décret.

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

La mesure produit ses effets à compter du 1^{er} janvier 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les agents de la CCIP ont déjà été informés du transfert à venir de leur régime spécial au régime général. L'information des assurés sur les nouvelles procédures applicables sera effectuée par les régimes et l'employeur concernés.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Des échanges auront lieu entre l'Etat, la CCIP et les caisses du régime général pour aider à l'application de la mesure et en suivre la mise en œuvre effective.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 70 actuel (non modifié par la LFSS pour 2012) de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises	Article 21 de la LFSS pour 2012 (complémentaire de l'article 70 de la loi de 2005 ci-contre)
<p>I. - A compter du 1^{er} janvier 2006, les salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance vieillesse et invalidité du personnel de cet établissement, tel qu'il résulte du règlement approuvé par le décret n° 97-1325 du 30 décembre 1997, sont, pour les risques qu'il couvre, affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de la même date.</p> <p>II. - Les droits à pensions dans ce régime spécial, au 31 décembre 2005, sont pris en charge par le régime général de sécurité sociale dans la limite des règles qui lui sont propres.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale fixe la contribution au régime général de sécurité sociale incombant à la chambre de commerce et d'industrie de Paris pour ce transfert de droits ainsi que le calendrier de versement.</p> <p>Un décret apporte les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles fixées en application des articles L. 341-1 à L. 341-4 et L. 341-6, des deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 351-1 et de l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.</p> <p>III. - L'ensemble des personnels de la chambre de commerce et d'industrie de Paris est affilié aux régimes de retraite complémentaire des salariés mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2006.</p> <p>IV. - Pour ceux des droits à pensions mentionnés au II qui ne sont pas pris en charge par le régime général de sécurité sociale ou, le cas échéant, par les régimes de retraite complémentaire mentionnés au III, la chambre de commerce et d'industrie de Paris pourvoit, à compter du 1^{er} janvier 2006, aux couvertures complémentaires nécessaires en application des titres Ier et II du livre IX du code de la sécurité sociale.</p> <p>V. - La chambre de commerce et d'industrie de Paris peut mettre en place, d'une part, un dispositif de retraite supplémentaire à cotisations</p>	<p>I. - A compter du 1^{er} janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie et maternité dans le respect des règles de ce dernier. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de la même date.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au précédent alinéa, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres 1 à 3 et 6 du livre 3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Un décret fixe, pour une période transitoire commençant le 1^{er} janvier 2013 et prenant fin au plus tard le 31 décembre 2018, les taux des cotisations dues chaque année par la Chambre de commerce et d'industrie de Paris au régime général au titre de ces assurances sociales permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale à la charge des employeurs en application des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II. - L'affiliation et la prise en charge par le régime général de sécurité sociale des salariés et anciens salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et de leurs ayants droit qui relevaient du régime spécial d'assurance invalidité du personnel de cet établissement prévues par l'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises prennent effet au 1^{er} janvier 2013. Il est mis fin à ce régime spécial à la même date.</p>

définies et réparties entre l'employeur et le salarié, d'autre part, un dispositif d'épargne volontaire selon les règles prévues pour les plans d'épargne entreprise et les plans d'épargne retraite collective.



ARTICLE 29

SIMPLIFICATION DES REGLES APPLICABLES AUX COTISATIONS DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

I. Présentation de la mesure

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

Les dispositions du code de la Sécurité sociale relatives à l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants ne sont pas en totale cohérence avec le revenu fiscal. En outre, les dispositions relatives aux modalités de leur recouvrement ne permettent pas toujours une souplesse rendue nécessaire pour tenir compte de l'évolution de leur situation économique.

Tout d'abord, si l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale prévoit que les cotisations et contributions sociales sont calculées sur la base du revenu pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu, au fil des ans l'évolution de la législation fiscale a fait bénéficier les travailleurs indépendants d'abattements ou d'exonérations qui auraient dû être introduits dans cet article pour que l'assiette sociale soit cohérente. Cela n'a pas toujours été réalisé : en effet, il n'est pas systématiquement prévu de façon explicite l'assujettissement à cotisations de certains revenus. Or cela est d'autant plus incohérent que dans certains cas, les mesures d'abattement fiscal ont leur pendant en matière sociale sous la forme d'une exonération, ce qui impose de réintégrer ces exemptions.

En second lieu, l'article L.131-6 ainsi que plusieurs autres du code de la Sécurité sociale prévoient des assiettes forfaitaires par dérogation à l'assiette fiscale, nécessaires dans certains cas (début d'activité, absence de déclaration, revenus inférieurs à certains seuils). Ces règles d'assiette sont toutefois fixées définitivement et par référence à des indices différents selon les cas (base mensuelle des allocations familiales-BMAF-, SMIC, plafond de la sécurité sociale), ce qui ne permet pas de comprendre ni appliquer correctement ces dispositifs, les indices de référence évoluant de manière hétérogène, jusqu'à aboutir à des situations absurdes (ainsi, certaines assiettes forfaitaires provisoires ne permettent pas l'ouverture des droits). En outre leur niveau est fixé de manière trop rigide, ce qui nuit au recouvrement lorsqu'il s'agit d'assiettes provisoires dont la fixation doit permettre d'améliorer le recouvrement.

Enfin, le recouvrement des cotisations et le calendrier fiscal présentent des échéanciers dont la cohérence doit être améliorée. Ainsi, le travailleur indépendant reste dans l'obligation d'attendre la fin de l'année civile pour obtenir la régularisation des cotisations de l'année précédente. Or une forte demande des travailleurs indépendants est d'obtenir le remboursement des cotisations au moment de l'accomplissement des déclarations fiscales relatives à cet exercice.

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

Mesure proposée :

Il est donc d'abord proposé d'apporter une précision dans la définition de l'assiette des cotisations sociales permettant de viser explicitement le revenu tiré de l'activité professionnelle tel qu'il est pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant application des exonérations et abattements fiscaux. La rédaction sécurise pour l'avenir l'assiette des cotisations sans remettre en cause les exonérations en vigueur.

Afin d'être en mesure d'adapter les assiettes forfaitaires provisoires à la situation des cotisants, les modalités de leur fixation sont assouplies. Les cotisations forfaitaires définitives pour les plus bas revenus, dites cotisations minimales, sont elles prévues par le nouvel article mais leur indexation harmonisée avec les autres.

Enfin, l'échéancier du recouvrement est rendu plus flexible :

- la possibilité de régulariser l'année précédente dès le revenu fiscal connu est établie. Un mécanisme incitatif pourra être prévu ;
- la possibilité de modifier les versements en raison de problèmes de trésorerie est élargie et les pénalités aujourd'hui prévues allégées dans les cas où le cotisant est de bonne foi.

Autres options possibles :

Aucune au vu des objectifs assignés à la réforme proposée.

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

Le projet modifie les principaux articles relatif aux assiettes des cotisations (L.131-6) et contributions (L.136-3 et L.136-4) sociales des travailleurs indépendants avec des effets, bien que limités, sont réels sur les sommes dues. En outre il affecte les dispositions relatives aux assiettes forfaitaires avec des effets directs sur les montants encaissés par les organismes. Enfin, il prévoit plusieurs dispositions relatives aux modalités de recouvrement de ces cotisations et contributions sociales, en cohérence avec les modifications apportées à l'assiette, et qui ont-elles mêmes des effets financiers. La mesure relève ainsi du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Elle a en outre des effets sur les recettes des régimes obligatoires de base et relève du 2° du B 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

a) La mesure applique-t-elle une mesure de 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

Oui, modification de plusieurs articles 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 de sécurité sociale applicables dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui , sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 nouvelle rédaction de l'assiette des cotisations et contributions englobe l'ensemble des exonérations fiscales. Cette correction rédactionnelle réintègre dans la base de calcul des cotisations une exonération fiscale qui ne l'était pas précédemment, celle bénéficiant aux entrepreneurs qui reprennent une activité dans les bassins à redynamiser. Cette exonération représente 733 000 € d'assiette de cotisations sur les revenus 2009.

Les autres dispositions ont des impacts limités. Toutefois l'assouplissement des règles relatives aux assiettes forfaitaires provisoires autorisera un recouvrement plus efficace grâce à la modulation qui sera plus dissuasive ou incitative selon les cas et permettra d'augmenter le niveau de recouvrement effectif et de régularisation des absences de déclaration.

Enfin la possibilité offerte de régulariser par anticipation ses cotisations de l'année précédente, avec une avance de près de 6 mois par rapport à aujourd'hui, devrait avoir des effets importants sur la trésorerie du régime social des indépendants.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Trésorerie.		3 M€	2 M€		

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

L'impact est favorable, la disposition permettant une plus grande clarté et sécurité juridique, ainsi que plus de souplesse dans les modalités de recouvrement des cotisations sociales grâce à la régularisation anticipée de l'assiette et des cotisations.

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/employeurs ou cotisants

L'assouplissement, très attendu, des modalités de recouvrement des cotisations permettra aux intéressés de mieux gérer leur prélèvement social.

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

La mesure sera gérée par les caisses locales du RSI et les URSSAF dans le cadre de l'ISU, interlocuteur social unique des artisans et des commerçants.

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

Les caisses concernées devront notamment modifier leur système d'information et assurer l'information des intéressés.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

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 en Conseil d'Etat et un décret simple sont nécessaires. Ils seront publiés au cours du premier trimestre 2012.

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 en 2012 après publication des textes nécessaires.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les intéressés seront informés par les caisses gérant l'ISU.

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) ?

Les données chiffrées relatives à l'application de cette mesure seront établies par la caisse nationale du RSI et par l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-6

Les cotisations d'assurance maladie et maternité et d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et les cotisations d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles ou commerciales sont assises sur le revenu professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires.

Le revenu d'activité pris en compte est déterminé par référence à celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Ce revenu est majoré des déductions et exonérations mentionnées aux articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 octies, 44 octies A, 44 undecies, 44 terdecies, 44 quaterdecies et 151 septies A et au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs par les assurés ayant adhéré à ces régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. 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 provisions mentionnées aux articles 39 octies E et 39 octies F du même code et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code.

Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1er de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.

Article L. 131-6

Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur le revenu d'activité non salarié.

Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. En outre, les primes et cotisations mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1er de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Les cotisations sont établies sur une base annuelle. Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou des revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.

Le montant des acomptes provisionnels de cotisations sociales dus au titre d'une année civile peut être calculé sur la base des revenus de cette année estimés par l'assuré sur demande de celui-ci à l'organisme de recouvrement. Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré. Cette majoration est recouvrée et contrôlée dans les conditions fixées aux articles L. 244-3 et L. 244-9.

Sans préjudice du précédent alinéa, les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de la première année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente ; celles dues au titre de la

Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application des articles L. 526-6 à L. 526-21 du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

~~Les cotisations sont établies sur une base annuelle. Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou des revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.~~

~~Le montant des acomptes provisionnels de cotisations sociales dus au titre d'une année civile peut être calculé sur la base des revenus de cette année estimés par l'assuré sur demande de celui-ci à l'organisme de recouvrement. Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré. Cette majoration est recouvrée et contrôlée dans les conditions fixées aux articles L. 244-3 et L. 244-9.~~

~~Sans préjudice du précédent alinéa, les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de la première année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente ; celles dues au titre de la deuxième année civile d'activité sont calculées à~~

deuxième année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder vingt-sept fois cette valeur.

Article L. 131-6-1

Par dérogation aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6, aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 136-3 et au premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail et lorsqu'il n'est pas fait application de l'article L. 133-6-8 du présent code, sur demande du travailleur non salarié, il n'est exigé aucune cotisation ou contribution, provisionnelle ou définitive, pendant les douze premiers mois suivant le début de l'activité non salariée.

Les cotisations définitives dues au titre de cette période peuvent faire l'objet, à la demande du travailleur non salarié, d'un paiement par fractions annuelles sur une période qui ne peut excéder cinq ans. Chaque fraction annuelle ne peut être inférieure à 20 % du montant total des cotisations dues. Le bénéfice de cet étalement n'emporte aucune majoration de retard.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être obtenu plus d'une fois par période de cinq ans, au titre d'une création ou reprise d'entreprise.

Le présent article n'est pas applicable à raison d'une modification des conditions dans lesquelles une entreprise exerce son activité.

Article L. 131-6-2 (Abrogé)

~~titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder vingt-sept fois cette valeur.~~

Article L. 131-6-1

Par dérogation **aux dispositions de l'article L. 131-6-2** et au premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail et lorsqu'il n'est pas fait application de l'article L. 133-6-8 du présent code, sur demande du travailleur indépendant, il n'est exigé aucune cotisation ou contribution, provisionnelle ou définitive, pendant les douze premiers mois suivant le début de l'activité non salariée.

Les cotisations définitives dues au titre de cette période peuvent faire l'objet, à la demande du travailleur non salarié, d'un paiement par fractions annuelles sur une période qui ne peut excéder cinq ans. Chaque fraction annuelle ne peut être inférieure à 20 % du montant total des cotisations dues. Le bénéfice de cet étalement n'emporte aucune majoration de retard.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être obtenu plus d'une fois par période de cinq ans, au titre d'une création ou reprise d'entreprise.

Le présent article n'est pas applicable à raison d'une modification des conditions dans lesquelles une entreprise exerce son activité.

Article L. 131-6-2 (Rétabli)

Les cotisations sont dues annuellement.

Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret.

Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.

Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du dernier revenu d'activité connu ou sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les

<p>Article L. 131-6-3</p> <p>Pour les travailleurs non salariés non agricoles qui font application des articles L. 526-6 à L. 526-21 du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu professionnel mentionné à l'article L. 131-6 du présent code intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.</p> <p>Article L. 133-6-2</p> <p>I.-Les données nécessaires au calcul (...)</p> <p>Le travailleur indépendant peut transmettre les données mentionnées au premier alinéa en souscrivant auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales une déclaration préalable. Lorsque ces données ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa 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>éléments en la possession de l'assuré au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.</p> <p>Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire. Le cotisant est redevable d'une pénalité calculée en fonction des cotisations finalement dues. Un décret détermine la base majorée ainsi que la base forfaitaire et précise les modalités de calcul et d'application de la pénalité mentionnées ci-dessus.</p> <p>Article L. 131-6-3 (Abrogé)</p> <p>(Abrogé)</p> <p>Article L. 133-6-2</p> <p>I.-Les données nécessaires au calcul (...)</p> <p>Le travailleur indépendant peut transmettre les données mentionnées au premier alinéa en souscrivant auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales une déclaration par anticipation. Lorsque ces données ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa 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>Lorsque le travailleur indépendant effectue une déclaration par anticipation, la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2 est également effectuée par anticipation. Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette régularisation est effectuée ainsi que le</p>
--	--

<p>II.-Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, (...)</p> <p>Article L. 133-6-8 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>Par dérogation aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes (...)</p> <p>Article L. 136-3 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>Sont soumis à la contribution les revenus professionnels des employeurs et travailleurs indépendants au sens de l'article L. 242-11.</p> <p>La contribution est assise sur les revenus déterminés par application (...) versées au bénéfice de l'employeur et du travailleur indépendant (...).</p> <p>La contribution est établie sur une base annuelle. Elle est assise, à titre provisionnel, sur le revenu professionnel de l'avant-dernière année précédant celle au titre de laquelle elle est due. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la contribution fait l'objet d'une régularisation.</p> <p>La contribution est établie sur une base annuelle. Elle est assise, à titre provisionnel, sur le revenu professionnel de l'avant-dernière année précédant celle au titre de laquelle elle est due. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la contribution fait l'objet d'une régularisation.</p> <p>Pour les employeurs et travailleurs indépendants ainsi que pour les titulaires de bénéfices non commerciaux et de bénéfices industriels et commerciaux visés au troisième alinéa du présent article débutant leur activité professionnelle, la contribution est, à titre provisionnel, calculée sur la base d'un revenu égal à dix-huit fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente. Ne sont assimilées à un début d'activité ni la modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle, ni la reprise d'activité intervenue soit dans l'année au cours de laquelle est survenue la cessation d'activité, soit dans l'année suivante.</p> <p>Le montant des acomptes provisionnels de contributions sociales dus au titre d'une année civile peut être calculé sur la base des revenus</p>	<p>montant forfaitaire servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui verse par anticipation le montant des sommes dues.</p> <p>II.-Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, (...)</p> <p>Article L. 133-6-8 (nouveau) du code de la sécurité sociale</p> <p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6-2, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes (...)</p> <p>Article L. 136-3 (nouveau) du code de la sécurité sociale</p> <p>Sont soumis à la contribution les revenus d'activité des travailleurs indépendants au sens de l'article L. 242-11.</p> <p>La contribution est assise sur les revenus déterminés par application (...) versées au bénéfice du travailleur indépendant (...).</p> <p>La contribution est due annuellement dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8.</p> <p>(Abrogé)</p> <p>(Abrogé)</p> <p>(Abrogé)</p>
--	---

de cette année estimés par l'assuré sur demande de celui-ci à l'organisme de recouvrement. Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré. Cette majoration est recouvrée et contrôlée dans les conditions fixées aux articles L. 244-3 et L. 244-9.

La contribution sociale due au titre de l'année 1991 par les employeurs et travailleurs indépendants ainsi que par les titulaires de bénéfices non commerciaux et de bénéfices industriels et commerciaux visés à l'alinéa précédent est calculée à titre provisionnel sur les revenus professionnels, tels que définis et déterminés au présent article, majorés de 25 %.

Par dérogation aux troisième et quatrième alinéas, l'article L. 133-6-8 est applicable lorsque les employeurs ou les travailleurs indépendants ont exercé l'option prévue par cet article.

Article L. 242-11 (actuel) du code de la sécurité sociale

Les cotisations d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants sont calculées conformément aux dispositions de l'article L. 131-6. Les dispositions de l'article L. 652-3 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, sont dispensés du versement de la cotisation les personnes justifiant d'un revenu professionnel inférieur à un montant déterminé ainsi que les travailleurs indépendants ayant atteint un âge déterminé et ayant assumé la charge d'un certain nombre d'enfants jusqu'à un âge déterminé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent alinéa.

Article L. 612-4

Les cotisations sont définies conformément aux dispositions de l'article L. 131-6 et calculées dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret.

Les cotisations des retraités (...)

Les conditions d'application (...)

(Abrogé)

(Abrogé)

Article L. 242-11 (modifié) du code de la sécurité sociale

Les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants sont calculées conformément aux dispositions **des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2**. Les dispositions de l'article L. 652-3 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, sont dispensés du versement de la cotisation les travailleurs indépendants justifiant d'un revenu d'activité inférieur à un montant déterminé ainsi que ceux ayant atteint un âge déterminé et ayant assumé la charge d'un certain nombre d'enfants jusqu'à un âge déterminé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent alinéa.

Article L. 612-4

Les cotisations d'assurance maladie et maternité sont définies conformément aux dispositions des articles L. 131-6, **L. 131-6-1 et L. 131-6-2**, et calculées dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. **Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.**

Les cotisations des retraités (...)

Les conditions d'application (...).

<p>Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, lorsqu'un assuré exerçant successivement au cours d'une année civile plusieurs activités est affilié à des régimes obligatoires d'assurance maladie différents et que l'activité non salariée non agricole est exercée à titre principal et donne lieu au paiement d'une cotisation annuelle, assise sur le revenu forfaitaire visé à l'article L. 131-6, cette cotisation est calculée au prorata de la durée d'exercice de ladite activité dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>(Abrogé)</p>
<p>Le bénéfice de la proratisation mentionnée à l'alinéa précédent est réservé aux personnes qui sont redevables d'un montant minimum de cotisations fixé par décret aux autres régimes obligatoires dont relèvent leurs activités accessoires.</p>	<p>(Abrogé)</p>
<p>Cette proratisation est également applicable aux personnes exerçant une activité non salariée non agricole durant un nombre de jours par année civile n'excédant pas un seuil fixé par décret. La cotisation annuelle ainsi déterminée ne peut pas être inférieure à un montant fixé par décret.</p>	<p>(Abrogé)</p>
<p>Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le montant de la cotisation annuelle assise sur le revenu forfaitaire visé à l'article L. 131-6 ne peut excéder, au titre de la première année civile d'activité, celui qui serait dû sur dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente et, au titre de la deuxième année civile d'activité, celui qui serait dû sur vingt-sept fois cette valeur.</p>	<p>(Abrogé)</p>
<p>Article L. 612-5</p> <p>Les personnes qui commencent ou reprennent, avant le 1er janvier 1998, l'exercice d'une activité non salariée non agricole mentionnée à l'article L. 613-1, les assujettissant au régime institué par le présent titre, sont exonérées, dans la limite d'un taux fixé par décret, du versement des cotisations dues au titre des vingt-quatre premiers mois d'activité.</p> <p>L'Etat prend en charge la fraction des cotisations dont ces personnes sont exonérées.</p> <p>Une même personne ne peut bénéficier de cette prise en charge plus d'une fois au cours d'une période fixée par décret.</p>	<p>Article L. 612-5</p> <p>(Abrogé)</p>
<p>Article L. 613-1 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité</p>	<p>Article L. 613-1 (modifié) du code de la sécurité sociale</p> <p>Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité</p>

<p>des travailleurs non-salariés des professions non agricoles :</p> <p>1°) les travailleurs non salariés relevant des groupes (...)</p> <p>2°) les personnes ayant exercé les professions (...)</p> <p>3°) les personnes titulaires d'une allocation (...)</p> <p>4°) sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3 (...)</p> <p>5°) l'associé unique des entreprises (...)</p> <p>6° Les personnes bénéficiaires de (...)</p> <p>7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 (...)</p> <p>Article L. 633-10</p> <p>Les cotisations sont définies conformément aux dispositions de l'article L. 131-6 et calculées dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret.</p> <p>Le montant du plafond est celui fixé en matière d'assurance vieillesse du régime général en application du premier alinéa de l'article L. 241-3. Le taux de cotisation est égal au total de ceux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas dudit article.</p> <p>Un décret fixe les conditions d'application des alinéas précédents.</p> <p>A titre transitoire, pour le calcul de la cotisation due par les personnes titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnées aux articles L. 634-2 à L. 634-5, L. 636-1, L. 812-1 et L. 813-5 et qui exercent une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, un abattement dont le montant est fixé par décret peut être appliqué à l'assiette des cotisations.</p> <p>Ces dispositions cessent d'être applicables aux personnes titulaires d'une pension, rente ou allocation prenant effet postérieurement au 30 juin 1984.</p> <p>Les cotisations du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :</p>	<p>des travailleurs non-salariés des professions non agricoles :</p> <p>1°) les travailleurs non salariés relevant des groupes (...)</p> <p>2°) les personnes ayant exercé les professions (...)</p> <p>3°) les personnes titulaires d'une allocation (...)</p> <p>4°) sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3 (...)</p> <p>5°) l'associé unique des entreprises (...)</p> <p>6° Les personnes bénéficiaires de (...)</p> <p>7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 (...)</p> <p>8° les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du VII de l'article 151 septies du Code général des impôts, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du Code rural.</p> <p>Article L. 633-10 (modifié)</p> <p>Les cotisations sont calculées conformément aux dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 et calculées dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret</p> <p>Le montant du plafond est celui fixé en matière d'assurance vieillesse du régime général en application du premier alinéa de l'article L. 241-3. Le taux de cotisation est égal au total de ceux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas dudit article.</p> <p>Un décret fixe les conditions d'application des alinéas précédents.</p> <p>(Abrogé)</p> <p>(Abrogé)</p> <p>Les cotisations du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :</p>
---	---

1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu professionnel du chef d'entreprise ;

2° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur une fraction du revenu professionnel de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu professionnel du chef d'entreprise pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation d'assurance vieillesse.

Les dispositions de l'article L. 131-6(...)

Les modalités d'application des 1° et 2° sont fixées par décret.

Article L. 635-1

Les régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assurent au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point.

Toute personne relevant de l'un des groupes professionnels mentionnés au 1° ou au 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, est affiliée d'office au régime complémentaire obligatoire de l'organisation dont elle relève.

Les cotisations aux régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse mentionnés au présent article sont assises sur le revenu professionnel défini à l'article L. 131-6, et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base.

Ces régimes sont régis par des décrets qui fixent notamment les taux des cotisations et les tranches de revenu sur lesquelles ceux-ci s'appliquent.

Article L. 635-1

Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des

1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du **revenu d'activité** du chef d'entreprise ;

2° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur une fraction du **revenu d'activité** de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu d'activité du chef d'entreprise pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation d'assurance vieillesse.

Les dispositions de l'article L. 131-6(...)

Les modalités d'application des 1° et 2° sont fixées par décret.

Article L. 635-1 (modifié)

Les régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assurent au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point.

Toute personne relevant de l'un des groupes professionnels mentionnés au 1° ou au 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, est affiliée d'office au régime complémentaire obligatoire de l'organisation dont elle relève.

Les cotisations aux régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse mentionnés au présent article sont assises sur le revenu **d'activité** défini à l'article L. 131-6, et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base.

Ces régimes sont régis par des décrets qui fixent notamment les taux des cotisations et les tranches de revenu sur lesquelles ceux-ci s'appliquent.

Article L. 635-1 (modifié)

Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement

<p>caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné.</p> <p>Les cotisations aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article sont assises sur le revenu professionnel défini à l'article L. 131-6, et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse.</p> <p>Article L. 642-1 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>(...)</p> <p>Les charges mentionnées aux 1° et 2° sont couvertes par une cotisation proportionnelle déterminée en pourcentage des revenus professionnels non salariés tels que définis à l'article L. 642-2. Les revenus professionnels soumis à cotisations sont divisés en deux tranches déterminées par référence au plafond prévu à l'article L. 241-3 et dont les limites sont fixées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. La cotisation afférente à chaque tranche ouvre droit à l'acquisition d'un nombre de points déterminé par décret.</p> <p>(...)</p> <p>Article L. 642-2</p> <p>Les cotisations prévues à l'article L. 642-1 sont assises sur le revenu professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.</p> <p>Le revenu professionnel pris en compte est celui défini aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 131-6.</p> <p>Les cotisations sont calculées, chaque année, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou des revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.</p> <p>Les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de la première année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente ; celles dues au titre de la</p>	<p>constatée par le service du contrôle médical des caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné.</p> <p>Les cotisations aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article sont assises sur le revenu d'activité défini à l'article L. 131-6, et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse.</p> <p>Article L. 642-1 (modifié) du code de la sécurité sociale</p> <p>(...)</p> <p>Les charges mentionnées aux 1° et 2° sont couvertes par une cotisation proportionnelle déterminée en pourcentage des revenus des revenus professionnels non salariés tels que définis à l'article L. 642-2. Les revenus d'activité soumis à cotisations sont divisés en deux tranches déterminées par référence au plafond prévu à l'article L. 241-3 et dont les limites sont fixées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. La cotisation afférente à chaque tranche ouvre droit à l'acquisition d'un nombre de points déterminé par décret.</p> <p>(...)</p> <p>Article L. 642-2 (modifié) du code de la sécurité sociale</p> <p>Les cotisations prévues à l'article L. 642-1 sont assises sur le revenu d'activité calculées dans les conditions définies aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.</p> <p>(Abrogé)</p> <p>(Abrogé)</p> <p>(Abrogé)</p>
---	---

<p>deuxième année d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder vingt-sept fois cette valeur.</p> <p>Par dérogation aux dispositions des troisième et quatrième alinéas, sur demande du professionnel libéral, il n'est demandé aucune cotisation provisionnelle ou définitive pendant les douze premiers mois suivant la date d'effet de son affiliation.</p> <p>Les dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6-1 sont applicables aux cotisations prévues par l'article L. 642-1.</p> <p>Les dispositions des deux alinéas précédents ne sont pas applicables à raison d'une modification des conditions dans lesquelles le professionnel libéral exerce son activité.</p> <p>A la demande de l'assuré, l'assiette des cotisations peut être fixée selon les modalités prévues au sixième alinéa de l'article L. 131-6.</p> <p>Article L. 652-6 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>Le contrôle de l'application par les travailleurs non salariés des professions non agricoles des dispositions du présent livre est confié aux caisses et sections professionnelles relevant des organisations autonomes d'assurance vieillesse mentionnées au 3° de l'article L. 621-3.</p> <p>Les agents chargés (...)</p> <p>Article L. 722-4 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés conformément aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 131-6. (...)</p> <p>Article L. 723-5 (actuel) du code de la sécurité sociale</p> <p>La caisse instituée par l'article L. 723-1 (...)</p> <p>La caisse perçoit également une cotisation assise sur les revenus professionnels de l'avant-dernière année tels qu'ils sont définis aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6 dans la limite d'un plafond fixé par décret ; le taux de cette cotisation est également fixé par décret.</p> <p>La caisse reçoit une contribution du (...)</p>	<p>(Abrogé)</p> <p>(Abrogé)</p> <p>(Abrogé)</p> <p>(Abrogé)</p> <p>Article L. 652-6(modifié) du code de la sécurité sociale</p> <p>Le contrôle de l'application par les travailleurs indépendants non agricoles des dispositions du présent livre est confié aux caisses et sections professionnelles relevant des organisations autonomes d'assurance vieillesse mentionnées au 3° de l'article L. 621-3.</p> <p>Les agents chargés (...)</p> <p>Article L. 722-4 (modifié) du code de la sécurité sociale</p> <p>Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés conformément aux dispositions de l'article L. 131-6. (...)</p> <p>Article L. 723-5 (modifié) du code de la sécurité sociale</p> <p>La caisse instituée par l'article L. 723-1 (...)</p> <p>La caisse perçoit également une cotisation assise sur les revenus professionnels de l'avant-dernière année définis conformément aux dispositions de l'article L. 131- 6 dans la limite d'un plafond fixé par décret ; le taux de cette cotisation est également fixé par décret.</p> <p>La caisse reçoit une contribution du (...)</p>
--	---

Article L. 723-15 (actuel) du code de la sécurité sociale

Le régime complémentaire obligatoire est financé par les cotisations des assurés assises sur le revenu professionnel tel que défini aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6 ou sur les rémunérations brutes pour celles acquittées pour le compte des avocats visés au 19° de l'article L. 311-3, dans la limite d'un plafond.

L'alinéa précédent ne fait pas obstacle (...)

Article L. 756-5 (actuel) du code de la sécurité sociale

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 242-11, du premier alinéa de l'article L. 612-4, du premier alinéa de l'article L. 633-10 et des premier et cinquième alinéas de l'article L. 131-6, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, à titre définitif, sur la base du dernier revenu professionnel de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.

Par dérogation aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6, la personne débutant l'exercice d'une activité non salariée non agricole est exonérée des cotisations et contributions pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

Article L. 723-15 (modifié) du code de la sécurité sociale

Le régime complémentaire obligatoire est financé par les cotisations des assurés assises sur le revenu **défini conformément aux dispositions l'article L. 131-6** ou sur les rémunérations brutes pour celles acquittées pour le compte des avocats visés au 19° de l'article L. 311-3, dans la limite d'un plafond.

L'alinéa précédent ne fait pas obstacle (...)

Article L. 756-5 (modifié) du code de la sécurité sociale

Par dérogation aux dispositions **des trois premiers alinéas de l'article L. 131-6-2**, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs **indépendants** non agricoles, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnées aux articles L. 642-1 et L.723-1, exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, à titre définitif, sur la base du dernier revenu **d'activité** de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.

La personne débutant l'exercice d'une activité **indépendante** non agricole est exonérée des cotisations et contributions à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnées aux articles L. 642-1 et L.723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

ARTICLE 30

ARTICULATION DE LA DECLARATION ANNUELLE DES DONNEES SOCIALES ET DE LA DECLARATION SOCIALE NOMINATIVE

I. Présentation de la mesure

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

Mise en place en 1985, la déclaration annuelle des données sociales (DADS) constitue une déclaration fondamentale pour les salariés, tant au regard de la sphère sociale que de la sphère fiscale.

Elle permet de détailler les éléments sur lesquels sont calculées les cotisations, de reporter les droits des salariés au compte d'assurance vieillesse, de déterminer leurs droits aux prestations de l'assurance maladie et elle regroupe de nombreuses déclarations des employeurs. Elle autorise en outre le pré-remplissage des déclarations fiscales et la réalisation de statistiques permettant d'orienter les politiques publiques.

Le champ de cette déclaration n'a cessé de s'étendre depuis sa création : elle concerne non seulement les employeurs du secteur privé mais aussi les employeurs du secteur public pour leurs agents, à l'exception des agents non détachés relevant de la fonction publique d'Etat, et son usage est encore appelé à s'étendre.

Plus de 2 millions d'établissements ont réalisé auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) une DADS sur les salaires de l'année 2010, pour 16 millions de salariés, dont les données sont ensuite transmises à 19 administrations et organismes de protection sociale dans le cadre du système dit de transfert des données sociales.

Or, si certains articles législatifs font implicitement ou indirectement référence à cette déclaration sociale (par exemple les articles 87 et 87A du code général des impôts ou depuis la loi portant réforme des retraites l'article L242-1-3 du code de la sécurité sociale sur les suites à donner lors du contrôle d'un employeur) cette obligation déclarative n'est actuellement régie que par un décret (par le décret n°85-1343 du 16 décembre). Ce cadre juridique, fréquemment modifié, n'autorise pas de nouveaux usages, notamment en matière de recouvrement pour le compte d'autres administrations, comme de nouveaux projets l'envisagent, tel celui de la Déclaration sociale nominative (DSN) qui fait l'objet d'une mesure dans la proposition de loi relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives de M. Jean-Luc Warsmann, déclaration qui doit à terme englober la DADS.

En outre, cette déclaration est désormais réalisée quasi-exclusivement (+ de 99%) de façon dématérialisée, ce dont les textes qui la régissent ne tiennent pas compte. Elle repose sur une norme informatique dont le rôle pourrait être conforté puisqu'elle a aussi vocation à servir pour d'autres déclarations dans le cadre de la démarche de simplification menée actuellement.

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

Mesure proposée :

Il est donc proposé d'inscrire la DADS dans un cadre législatif clair, de lui conférer un régime juridique propre, de revoir les modalités d'élaboration de la norme qui sert à sa transmission de manière dématérialisée et enfin d'encadrer l'admission des nouveaux utilisateurs de cette déclaration et les évolutions de cette norme, pour garantir un juste équilibre entre des besoins croissants de données et l'impératif d'allègement des charges administratives des déclarants, qui reste insuffisamment pris en compte.

L'encadrement législatif de la DADS est justifié s'agissant de l'obligation déclarative la plus importante faite aux employeurs. Ce faisant, il est rétabli la cohérence nécessaire d'une part, avec les obligations déclaratives que la DADS regroupe selon le décret de 1985, qui ont pour la plupart été instituées par la loi, d'autre part, avec les obligations de dématérialisation des déclarations instaurées ces dernières années qui ont été également créées par la loi.

Par ailleurs, l'obligation faite à l'employeur par l'article L.242-1-3 du code de la sécurité sociale de procéder à une DADS rectificative en cas de redressement suite à contrôle justifie pleinement l'inscription dans la loi de la DADS initiale.

Le texte proposé précise :

- le champ et la portée de l'obligation déclarative, étant observé que le périmètre du dispositif existant est conservé et qu'aucune obligation nouvelle effective n'est créée à cette occasion pour les employeurs ;
- les modalités de transmission de la déclaration, qui tiennent compte de la situation actuelle, c'est-à-dire du recours quasi-exclusif à la dématérialisation. Ainsi, il est proposé de prévoir que la DADS est en principe dématérialisée et doit respecter une norme d'échanges, qui peut par ailleurs servir à d'autres finalités, et dont l'élaboration doit garantir une évolution conforme à celle de la réglementation et maîtrisée, dans un objectif de simplification des démarches des employeurs ;
- la sanction qui s'attache au défaut de déclaration, à l'omission ou à l'inexactitude des données devant être déclarées, à savoir, comme actuellement, une pénalité susceptible d'être recouvrée par les Urssaf.

Afin de faciliter la correcte articulation des différentes déclarations sociales établies par les employeurs, il est précisé enfin de quelle manière ces derniers peuvent rectifier leurs précédentes déclarations périodiques au vu des DADS détaillées qu'ils produisent en tout début d'année suivante. La pénalité prévue pour la DADS s'applique aussi à cette déclaration de régularisation.

Cette réforme est très fortement articulée avec le projet de déclaration sociale nominative et en prépare la mise en œuvre, puisqu'à terme la DSN a vocation à substituer la DADS et que la norme qui sert de support à la DADS est privilégiée pour accomplir la DSN.

Autres options possibles :

Comme indiqué, l'absence de définition du cadre de la DADS limiterait les possibilités d'utilisation de cette déclaration en dehors du strict domaine de la sécurité sociale et altérerait la lisibilité des textes puisque les dispositions qui relèvent du niveau de la loi et qui doivent s'appuyer sur la DADS utilisent des moyens détournés peu explicites et peu sûrs juridiquement pour y faire référence.

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

Parallèlement à l'ouverture des droits, la DADS – et son tableau récapitulatif qui accompagne le cas échéant le paiement des cotisations supplémentaires en cas de rectification des sommes dues – est une déclaration servant au recouvrement des cotisations et est la première source utilisée pour leur contrôle.

La mesure prend place dans la partie III de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 3° du B du V de l'article LO 113-3 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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.

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

a) Possibilité de codification

Il est proposé d'insérer le projet d'article dans le livre I du code de la sécurité sociale, au sein du chapitre III bis du titre III.

L'article 30 de la proposition de loi relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives prévoit déjà d'élargir le champ de ce chapitre aux mesures de modernisation et de simplification des déclarations sociales et d'ajouter un article L. 133-5-3 créant la déclaration sociale nominative (DSN). La coexistence dans le même chapitre de ces deux dispositions est cohérente puisque ces deux dispositifs déclaratifs majeurs ont vocation à coexister avant, à moyen terme, une intégration de la DADS dans la DSN et l'utilisation de la même norme informatique. Des amendements à la proposition de loi pourront être portés pour que l'article relatif à la DSN renvoie aux dispositions adéquates de la DADS.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Le décret n°85-1343 du 16 décembre 1985 sera remplacé par de nouvelles dispositions réglementaires.

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

La mesure est applicable aux régimes de salariés intervenant dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure concerne une déclaration qui concourt notamment au recouvrement et au contrôle des contributions et cotisations de sécurité sociale.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Sans objet					

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Aucun

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

Les nouvelles dispositions devraient permettre de rationaliser les évolutions de la norme qui fonde la déclaration et d'engager l'ensemble des organismes utilisateurs dans une démarche active de simplification des données collectées.

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

La charge des déclarants devrait s'en trouver à terme maîtrisée.

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

Les modalités d'application du texte devront faire l'objet d'un décret (notamment les modalités de gouvernance de la déclaration, le périmètre des déclarations substituées) et d'arrêtés (approbation des documents annuels, tableau annuel de répartition des données par destinataire).

Le projet de décret posant les modalités opérationnelles pérennes de la DADS sera pris au cours du 1er trimestre 2012. Les textes spécifiques à la DADS sur les salaires 2012 pourront l'être à l'automne 2012.

2. Existence de mesures transitoires ?

De telles mesures ne semblent pas nécessaires. Le texte aura vocation à entrer en vigueur pour la DADS sur les salaires 2012, exigible au 31 janvier 2013.

Toutefois s'agissant de l'application des dispositions du I de l'article ainsi créé aux régimes spéciaux, une possibilité de report de trois ans est laissée par la loi.

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

Les délais de mise en œuvre tiennent essentiellement à la mise en place de la nouvelle gouvernance qui sera prévue par décret.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une circulaire sera diffusée lorsque le cadre législatif et réglementaire aura été adopté. Par ailleurs, la CNAV, l'ACOSS et le GIP-Modernisation des données sociales (qui gère le portail net-entreprises.fr sur lequel sont reçus une partie des DADS) diffuseront des informations par circulaire et sur leurs sites déclaratifs.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 133-5-4 nouveau du code de la sécurité sociale
	<p>I. - Tout employeur de personnels salariés ou assimilés autres que les salariés agricoles et les salariés mentionnés à l'article L. 1271-1 du code du travail est tenu d'adresser, au plus tard le 31 janvier de chaque année, à un organisme désigné par décret, une déclaration annuelle des données sociales faisant ressortir le montant des rémunérations versées à chacun de ses salariés ou assimilés au cours de l'année précédente.</p> <p>Cette déclaration unique se substitue aux déclarations annuelles destinées aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, aux déclarations prévues aux articles L. 1441-8 et L. 5212-5 du code du travail ainsi qu'aux déclarations instituées par voie réglementaire dont la liste est fixée par décret. Ce décret fixe la liste des données autres que les rémunérations devant figurer dans la déclaration.</p> <p>II. - La déclaration annuelle des données sociales est effectuée par voie électronique selon une norme d'échanges, approuvée par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale. Toutefois, elle peut être réalisée au moyen d'un formulaire dont le modèle est approuvé par arrêté conjoint des ministres ci-dessus mentionnés.</p> <p>III. - Lorsque les éléments déjà déclarés au titre d'une année civile à un des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 diffèrent de ceux devant figurer sur la déclaration annuelle des données sociales, l'employeur lui adresse une déclaration de régularisation ainsi que, le cas échéant, le versement complémentaire de cotisations et contributions correspondant, au plus tard à la date mentionnée au I.</p> <p>IV. - Le défaut de production de l'une des déclarations mentionnées aux I et III dans les délais prescrits, l'omission de données devant y figurer ou l'inexactitude des données déclarées entraînent l'application d'une pénalité.</p> <p>Cette pénalité est fixée à 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi</p>

	<p>à l'euro supérieur, au titre de chaque salarié ou assimilé pour lequel est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude.</p> <p>Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations.</p>
<p align="center">Article L. 244-3 du code de la Sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 244-3 du code de la Sécurité sociale</p>
<p>L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal établi par un agent verbalisateur, l'avertissement ou la mise en demeure peut concerner les cotisations exigibles au cours des cinq années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi.</p> <p>L'avertissement ou la mise en demeure qui concerne le recouvrement des majorations de retard correspondant aux cotisations payées ou aux cotisations exigibles dans le délai fixé au premier alinéa doit être adressé avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du paiement des cotisations qui ont donné lieu à l'application desdites majorations.</p> <p>Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des bordereaux récapitulatifs des cotisations et des déclarations annuelles des données sociales doivent être mises en recouvrement par voie de mise en demeure dans un délai de deux ans à compter de la date de production desdits documents ou, à défaut, à compter selon le cas soit de la notification de l'avertissement, soit de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2.</p>	<p>L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal établi par un agent verbalisateur, l'avertissement ou la mise en demeure peut concerner les cotisations exigibles au cours des cinq années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi.</p> <p>L'avertissement ou la mise en demeure qui concerne le recouvrement des majorations de retard correspondant aux cotisations payées ou aux cotisations exigibles dans le délai fixé au premier alinéa doit être adressé avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du paiement des cotisations qui ont donné lieu à l'application desdites majorations.</p> <p>Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales et des déclarations annuelles des données sociales doivent être mises en recouvrement par voie de mise en demeure dans un délai de deux ans à compter de la date de production desdits documents ou, à défaut, à compter selon le cas soit de la notification de l'avertissement, soit de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2.</p>

ARTICLE 31

ENCADREMENT DE LA POLITIQUE D'EMPRUNT ET DE PLACEMENT DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

I. Présentation de la mesure

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

La crise financière a récemment mis en lumière les risques qui peuvent être encourus dans le cadre d'un recours aux marchés financiers, en raison notamment de la complexification des produits proposés. Certaines collectivités territoriales, de même que certains établissements hospitaliers, ont en effet pu contracter des emprunts dits « structurés »¹, sans être en capacité de mesurer pleinement les risques attachés à ces instruments innovants, lesquels ont ainsi pu s'avérer *in fine* très coûteux.

Partant du constat qu'il est nécessaire d'encadrer la politique d'emprunt des administrations publiques, plusieurs dispositions ont d'ores-et-déjà été prises. L'article 12 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 constitue une première réponse en faveur d'un cadre prudentiel enrichi : d'une part, il dispose que les organismes divers d'administration centrale² (ODAC) ne peuvent contracter un emprunt dont le terme est supérieur à douze mois ; d'autre part, il prévoit que les établissements de santé ne peuvent recourir aux produits d'avances et d'emprunts que dans les limites et sous les réserves fixées par voie réglementaire. Par ailleurs, une circulaire du 25 juin 2010 relative aux produits financiers proposés aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics est venue rappeler à ces derniers les risques associés à leurs opérations financières.

Dans le prolongement de ces travaux visant à améliorer la gouvernance des finances publiques, il convient désormais de stabiliser un cadre prudentiel pour les régimes de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement, qu'il s'agisse de la couverture de leurs besoins de financement ou, de façon symétrique, des placements financiers qu'ils effectuent lorsqu'ils disposent d'excédents ponctuels de trésorerie ou de réserves.

Même si aucun cas d'opérations coûteuses n'a été détecté dans la sphère des régimes de base, il convient d'observer que les normes juridiques existantes sont à la fois incomplètes et hétérogènes, comme cela est précisé ci-dessous :

i) Recours à l'emprunt :

En ce qui concerne les organismes de sécurité sociale, le recours à l'emprunt s'organise autour de deux principaux besoins :

- l'amortissement de la dette sociale confié à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) : organisme spécifiquement financier, la CADES peut recourir à un grand nombre d'instruments financiers (concours bancaires, titres sur les marchés financiers, utilisation d'instruments financiers complexes dits « de couverture »), nécessaires à une gestion active de la dette. La spécificité de sa mission justifie que un cadre juridique adapté ;
- le financement au jour le jour des besoins de trésorerie des régimes et organismes autorisés à recourir à des « ressources non permanentes » par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) : cette dernière fixe pour chaque exercice un montant plafond à ces ressources, mais ne prévoit cependant aucune règle sur les modalités pratiques de la couverture des besoins de trésorerie (nature des contrats d'emprunt, diversification des sources de financement, etc.)

ii) Encadrement des possibilités de placement :

¹ Produits associant dans un même contrat un emprunt bancaire et une clause sous-jacente construite à partir d'un ou plusieurs produits dérivés.

² Il convient de rappeler ici que la CADES, compte tenu de sa mission de remboursement de la dette sociale, est explicitement exclue du champ d'application de l'article 12 de la LPFP, au même titre que l'Etat, la Caisse de la dette publique et la Société de prises de participation de l'Etat.

Les placements financiers des organismes de sécurité sociale s'articulent autour de deux principaux enjeux :

- à long terme, la mise en réserve et la recherche d'une performance financière : c'est le cas du Fonds de réserve pour les retraites (qui fait l'objet d'un dispositif juridique spécifique) et de certains régimes de base d'assurance vieillesse (ceux des professions libérales) qui ont pour mission de faire fructifier les ressources qui leur sont confiées tout en assurant la couverture de leur passif (pour le FRR, versements annuels à la CADES ; pour les régimes d'assurance vieillesse, versement des pensions) ;
- à court terme (moins d'un an), l'optimisation des excédents ponctuels de trésorerie : ces placements doivent avant tout être sûrs et liquides. Les produits financiers dégagés viennent en règle générale augmenter le résultat financier de l'exercice (à l'exception notable de la CNSA qui alloue ces produits au financement de ses missions).

En ces matières, il n'existe pas de cadre prudentiel transversal mais seulement des dispositions réglementaires particulières.

iii) Cas particulier de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), en charge de la gestion de la trésorerie du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Compte tenu des enjeux particuliers associés à la gestion de trésorerie assurée par l'ACOSS pour le compte des différentes branches du régime général ainsi que du FSV, il convient de réserver une approche particulière à cet opérateur de marché. En effet, afin d'assurer la couverture de besoins de financement fortement accrus ces dernières années, les outils de financement de l'ACOSS ont été diversifiés. En plus des avances de trésorerie et des prêts contractés auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), le recours à l'emprunt de l'Agence s'articule désormais autour de deux instruments de marché : des émissions de billets de trésorerie depuis 2007 et des émissions de papier commercial européen ou *euro commercial paper* depuis 2010. Dans ces conditions, il est essentiel de veiller au développement d'une politique adaptée de gestion des risques de liquidité.

Au vu de ces différents éléments et des évolutions récentes observées sur les marchés financiers, il apparaît important de déterminer un cadre juridique prudentiel en direction des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement. Ce cadre est à même d'assurer dans la durée à la fois une plus grande sécurité et une plus grande lisibilité de la politique financière que peuvent être amenés à mettre en œuvre les gestionnaires de ces régimes (recours à l'emprunt, placements d'excédent de trésorerie, mobilisation d'instruments financiers associés, etc.).

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

Mesure proposée :

Afin d'asseoir une approche prudentielle transversale aux organismes de sécurité sociale, il est proposé d'insérer dans le code de la sécurité sociale un chapitre nouveau dédié à la gestion des risques financiers, et comprenant trois séries de dispositions :

i) Encadrement du recours à l'emprunt :

- Les régimes et organismes habilités à mobiliser des ressources non permanentes en application de la loi de financement de la sécurité sociale seront tenus de se financer auprès d'un établissement de crédit agréé. Les emprunts bancaires ainsi contractés ne pourront avoir un terme supérieur à un an. Compte tenu cependant du montant des besoins de trésorerie du régime général, il est précisé qu'à titre dérogatoire, l'ACOSS est autorisée à émettre des titres de créances sur les marchés dans les mêmes conditions de durée.
- Les régimes et organismes concernés devront communiquer pour approbation leurs projets de conventions bancaires aux ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné. En outre, l'ACOSS devra soumettre chaque année aux ministres chargés de sa tutelle son programme d'émission de titres de créance négociables pour approbation. Il s'agit ici de renforcer la connaissance, l'analyse et le contrôle par les tutelles des relations des régimes et organismes avec leurs partenaires bancaires. Ces informations seront restituées en outre dans les annexes au PLFSS.

ii) Encadrement des placements :

Le présent projet prévoit également, en ce qui concerne les placements des régimes de base, des organismes concourant à leur financement (FSV) et des organismes qui financent et gèrent des

dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (CNSA) que leurs disponibilités excédant leurs besoins de trésorerie ne peuvent être placés que dans des actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisible de ces disponibilités.. Cette disposition vise à interdire les stratégies opportunistes d'achat / vente de titres de maturité longue avec des excédents ponctuels de trésorerie, pour éviter tout risque de dépréciation et de perte en capital.

iii) Audit de liquidité de l'ACOSS :

Compte tenu de la place désormais importante des opérations de marché dans le financement du régime général, il est proposé à l'instar de ce qui existe pour l'Etat (*cf. article 113 de la loi de finances rectificative pour 2004*), d'inscrire dans le code de la sécurité sociale le principe d'un audit annuel relatif à la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'ACOSS. Déléguée à un prestataire externe, cette revue régulière doit permettre de conforter et d'améliorer cette politique, au regard notamment des meilleurs standards de place.

Autres options possibles :

L'option consistant à modifier les règles existantes de la comptabilité publique n'aurait pas permis de traiter la situation des caisses nationales de régime qui n'ont pas le statut d'établissement public (RSI, MSA, régimes vieillesse des professions libérales) ni de privilégier une approche spécifique aux régimes et organismes de sécurité sociale. Ce second point est d'ailleurs cohérent avec, d'une part, l'autonomie de la sphère sociale et, d'autre part, les récentes évolutions juridiques détaillées plus haut (LPPF notamment) qui ont déterminé un cadre prudentiel segmenté par type d'administrations publiques.

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

La mesure prend place dans la partie III de la loi de financement, en vertu du 4° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que peuvent figurer dans la partie de la LFSS de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir « les dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité des régimes obligatoires de base (...) ».

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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 présente mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

Il est proposé d'introduire après le chapitre IX du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale, un chapitre IX *ter* intitulé « Gestion des risques financiers ».

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

La mesure concerne les régimes intervenant dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion) à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Sans objet pour une mesure à la trésorerie des organismes de sécurité sociale.

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>			
	2011 (rectificatif)	2012 (P ou R)	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

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

La présente mesure impliquera pour les différents régimes et organismes de sécurité sociale une évolution dans leurs pratiques avec notamment l'approbation des conventions bancaires pour les régimes et celle du programme d'émission des titres de créance négociables spécifiquement pour l'ACOSS, ainsi que, pour cette dernière la réalisation d'un audit annuel.

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

Négligeable.

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

En application de l'article L. 184-1 du code de la sécurité sociale, un décret en Conseil d'Etat pourra venir préciser, en tant que de besoin, les modalités d'application des nouvelles dispositions législatives, parmi lesquelles notamment le reporting des régimes aux tutelles sur leur politique financière, l'encadrement du recours à l'emprunt pour éviter la contractualisation de produits toxiques ; l'utilisation des instruments financiers de couverture.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

La mesure pourra être mise en œuvre à compter de la promulgation de la LFSS pour 2012.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera assuré par les services de tutelle des régimes et organismes visés.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Livre premier – Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre III – Dispositions communes relatives au financement

Chapitre IX *ter*- Gestion des risques financiers

	<p style="text-align: center;">Article L. 139-3 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans le cadre d'une convention soumise à l'approbation des ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.</p> <p>Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également autorisée à émettre des titres de créance négociables, dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission fait l'objet chaque année d'une approbation par les ministres chargés de sa tutelle.</p>
	<p style="text-align: center;">Article L. 139-4 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ne peuvent placer leurs disponibilités excédant leurs besoins de trésorerie que dans des actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisible de ces disponibilités.</p>
	<p style="text-align: center;">Article L. 139-5 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Il est conduit chaque année un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, notamment dans le cadre de ses opérations d'émission de titres de créance négociables et de placement de ses excédents.</p>

ARTICLE 33

RENFORCEMENT DE L'ANALYSE MÉDICO-ÉCONOMIQUE DANS LES TRAVAUX DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTÉ ET INTRODUCTION D'UNE ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE POUR LES PRODUITS DE SANTÉ

I. Présentation de la mesure

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

Depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008, la Haute autorité de santé (HAS) a pour mission d'émettre des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces (article L. 161-37 du code de la sécurité sociale - CSS).

Pour répondre à cette mission, la HAS a mis en place une commission *ad hoc*, la Commission d'Evaluation Economique et de Santé Publique, dite CEESP. Toutefois, les travaux et avis rendus par cette commission n'ont pas eu à ce jour l'impact souhaité en raison notamment de l'absence de positionnement clair de l'évaluation médico-économique dans les travaux de la HAS en particulier lors de l'évaluation des produits et technologie de santé en vue de leur remboursement.

L'analyse de l'expérience des pays étrangers dans ce domaine conduit à proposer une réforme du schéma actuel dans le sens d'une intégration simultanée des critères d'efficacité (au sens scientifique) et d'efficience dans le même processus de décision de prise en charge. Les objectifs poursuivis sont, dans un contexte de contrainte économique accrue, l'augmentation de la pertinence des décisions publiques en matière de tarifs et de prix et l'utilisation optimale des ressources allouées aux différentes options thérapeutiques possibles.

En effet, l'évaluation médico-économique permet de comparer des alternatives thérapeutiques pertinentes sur la base d'une prise en compte simultanée de leurs coûts et de leurs conséquences en termes d'efficacité (mortalité, morbidité), d'utilité (qualité de vie associée à la santé) ou de bénéfice (impact sur le bien-être social).

Concernant les produits de santé, l'admission au remboursement par l'assurance maladie, est basée sur le principe de la séparation totale des acteurs en charge, d'une part, de l'évaluation scientifique réalisée au sein de la HAS par la Commission de Transparence (CT) pour les médicaments et la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et Technologie de Santé (CNEDIMTS) pour les dispositifs médicaux et, d'autre part, de la fixation des prix par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

Or, sans remettre en cause la séparation des procédures et acteurs en charge de l'évaluation scientifique des produits de santé – la CT, la CNEDIMTS et CEPS –, il est important, dans un contexte de contrainte économique accrue, que les décideurs puissent s'appuyer sur tous les outils existants d'aide à la décision. L'évaluation médico-économique, en permettant de comparer des alternatives thérapeutiques pertinentes sur la base d'une prise en compte simultanée de leurs coûts et de leurs conséquences, constitue à ce titre un outil d'aide à la décision précieux afin d'apporter aux décideurs des informations sur l'efficience attendue ou constatée des produits de santé remboursés au regard des alternatives disponibles.

Enfin, la commission qui émet aujourd'hui des recommandations et avis médico-économiques (la CEESP) n'a pas d'existence juridique propre et n'est pas décrite dans le code de la sécurité sociale.

2. Présentation de la mesure retenue

Mesure proposée :

Conformément à la recommandation n°6 du rapport de synthèse de l'Igas sur l'expertise sanitaire d'avril 2011 qui préconise le développement médico-économique notamment dans le champ du médicament, la mesure vise :

1° à renforcer la mission médico-économique de la HAS, dans tous les domaines où l'identification des stratégies de soins, de prescription et de prise en charge fait apparaître des enjeux économiques et sociaux importants, nécessitant de mettre en regard des résultats attendus d'une intervention de santé les ressources consommées pour la produire.

Les évaluations dites du « Service rendu à la collectivité (SeRC) » prennent ainsi en compte l'ensemble des dimensions d'un sujet : efficacité clinique, dimensions économiques et organisationnelles, considérations éthiques ou d'équité. L'approche SeRC est systématiquement développée dans le cadre, par exemple, des évaluations d'actions et programmes de santé publique ;

2° à étendre le champ d'expertise de la commission d'évaluation économique à l'opportunité de l'évaluation médico-économique des produits de santé, et à permettre à la HAS d'émettre, à l'issue de l'analyse médico-économique, un avis. Cet avis deviendrait une des composantes prises en compte pour fixer les prix des produits de santé ;

3° à prévoir que toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique sera accompagnée du versement d'une taxe additionnelle dont le barème sera fixé par décret dans la limite de 4580 €.

4° à permettre au CEPS de prononcer des sanctions financières en cas de non-réalisation ou de retard à la réalisation d'études médico-économiques par les entreprises ;

5° à faire de la commission en charge de l'élaboration de ces recommandations et avis médico-économiques, une commission spécialisée de la HAS devant rester distincte de celles en charge de l'évaluation médicale (CT et CNEDiMTS), la HAS définissant sa dénomination, sa composition et ses règles de fonctionnement.

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

La notion initiale de « recommandations et avis médico-économiques » a été introduite par l'article 41-I de la LFSS pour 2008 modifiant l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale (loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007). Cette mesure figurait dans le projet de loi déposé devant l'Assemblée Nationale.

L'évaluation médico-économique décrite dans cette mesure impactera le processus de fixation des prix de certains médicaments et dispositifs médicaux avec pour finalité la fixation d'une tarification plus juste, ce qui conduira à faire des économies en matière d'assurance maladie (ONDAM). En effet, ainsi que le souligne le rapport de la Cour des comptes de septembre 2011 sur la sécurité sociale, la prise en compte d'une évaluation médico économique est utile particulièrement pour les médicaments coûteux le plus souvent utilisés à l'hôpital. Aux termes de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, un tarif de responsabilité est défini pour les molécules onéreuses. Or, selon la Cour des comptes, le prix de ces molécules est fixé sans que puisse être réellement posée la question de l'adéquation du niveau de dépenses au service médical rendu. C'est précisément le rôle de l'évaluation médico-économique que d'examiner cette adéquation.

La mesure présentée prévoit également des sanctions financières en cas de non-réalisation ou de retard dans la réalisation d'études médico-économiques par les entreprises. Une telle possibilité a déjà été introduite dans le cadre de PLFSS précédents : ce fut le cas, notamment, de la pénalité en cas de manquement à l'accord cadre sur les dispositifs médicaux introduite par l'article 52 de la LFSS pour 2011 (article L. 165-3 du Cds) et de la pénalité prévue dans le cadre des prises en charge dérogatoires de l'article 56 de la LFSS pour 2007 (article L. 162-17-2-1 Cds).

Par ailleurs, comme cela avait été le cas pour l'ancienne CNEDiMTS (introduite par la Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000) la mesure assoit législativement la commission en charge de l'élaboration de ces recommandations et avis médico-économiques.

Enfin, la création d'une taxe additionnelle pour toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique apparaît indispensable à la cohérence du dispositif d'ensemble. En effet, le développement de l'évaluation médico économique à la HAS n'est possible que par un renforcement de ses recettes, à savoir la contribution des entreprises sollicitant une demande de prise en charge des produits de santé qu'elles commercialisent.

Plus généralement, la mesure présentée vise à renforcer la prise en compte de l'évaluation médico-économique de la HAS dans les stratégies de soins, de prescription et de prise en charge plus efficaces, sur laquelle s'appuieront les mesures de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, comme les contrats d'amélioration des pratiques individuelles, ou les visites des délégués de l'assurance maladie, ainsi que les décisions publiques.

Les dépenses d'assurance maladie étant conditionnées par le champ et les tarifs du panier de soins remboursable, cette mesure a donc un impact financier direct et prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 2° 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, de l'UNOCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Pas de consultations spécifiques autres que celles relatives à l'en semble de la loi.

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 dans la mesure où il s'agit de dispositions visant à encadrer la procédure de remboursement et de fixation du prix des produits de santé.

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) ?

Les critères de l'évaluation médico-économique des produits de santé seront précisés par voie réglementaire afin de satisfaire aux exigences de la directive n° 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie

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

a) Possibilité de codification

Oui

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure sera applicable dans le champ de l'intervention de la HAS et des régimes d'assurance maladie métropolitains soit quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Cette mesure génèrera des économies pour l'assurance maladie par une amélioration des conditions de fixation des prix par le CEPS et par des allocations de ressources plus efficaces.

A titre d'exemple, lors de l'examen de la demande d'extension d'indication¹ des endoprothèses aortiques abdominales (EAA), le CEPS s'est interrogé sur l'efficience à moyen terme de l'utilisation généralisée d'EAA par rapport au traitement chirurgical de référence. En effet, compte tenu du prix des EAA et de l'augmentation de la population cible (6 000 patients versus 2 000 initialement), il paraissait important au CEPS de s'assurer que le surcoût pour l'assurance maladie induit, a priori, par

¹ Jusqu'alors, les EAA, dispositifs médicaux implantables qui permettent le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale, étaient prises en charge pour les patients à risque chirurgical élevé présentant un anévrisme de l'aorte abdominal sous rénale mesurant au moins 5 cm. L'extension d'indication a consisté à lever la restriction des indications aux patients à risque chirurgical élevé et en étendant la prise en charge aux patients à risque chirurgical normal et ayant des critères anatomiques favorables, ce qui correspond à la même population cible que le traitement chirurgical de référence.

l'extension d'indication et estimé potentiellement à près 20M€, était compensé, par exemple, par une diminution du coût des hospitalisations ou la moindre survenue de complications par rapport au traitement chirurgical de référence.

En l'absence de donnée médico-économique, le CEPS a été contraint de proposer aux ministres d'étendre la prise en charge de ces produits uniquement sur des arguments médicaux. Il a néanmoins décidé de demander en parallèle à la HAS une évaluation médico-économique afin de s'assurer *ex post* (à défaut d'avoir pu le faire *ex ante*) de l'efficacité de l'utilisation des EAA par rapport à la chirurgie.

Si le CEPS avait disposé de données médico-économiques montrant qu'au prix actuel, l'utilisation d'EAA n'était pas efficace à long terme comparativement à la chirurgie, il aurait pu utiliser cet élément soit pour négocier le prix de ces produits à la baisse soit pour éviter à l'assurance maladie de dépenser chaque année 20M€ de façon inefficace.

Enfin, les recommandations médico-économiques de la HAS dans le domaine des produits de santé (portant sur les IEC/sartans, les statines ou encore les IPP) sous-tendent les actions de maîtrise médicalisée de l'assurance maladie dans le domaine des produits de santé à l'origine de plus de 250M€ d'économies annuelles. La production de nouvelles recommandations permettra également d'ajouter de nouveaux objectifs au contrat d'amélioration des pratiques individuelles.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P	2013	2014	2015
		20M€*			

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

* ce montant est indicatif : il sera compris dans l'ensemble des baisses de prix demandées au CEPS en 2012.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Cette mesure vise à fixer de façon plus transparente et plus étayée les prix des différents produits de santé en tenant compte également de leur efficacité.

b) impacts sociaux

Cette mesure permettra l'amélioration de la prise en charge des patients par une meilleure hiérarchisation pour les prescripteurs des différentes stratégies thérapeutiques.

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

La mesure sera gérée par les services de la HAS et particulièrement le service d'évaluation médico-économique.

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

Non significatif

d) impact budgétaire

Il sera nécessaire de collecter des frais de dossier pour donner à la HAS les moyens nécessaires aux évaluations conduites par la CEESP.

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 décret en Conseil d'Etat sera nécessaire. Sa publication, après concertation, est envisagée au cours 2^{ème} trimestre 2012.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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 du décret.

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) ?

La HAS rendra compte de la mise en œuvre de la mesure notamment dans son rapport annuel d'activité.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 161-37 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 161-37 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé et réalise ou valide des études d'évaluation des technologies de santé ;</p> <p>2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ;</p> <p>3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;</p> <p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs.</p> <p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale.</p> <p>Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'Institut national</p>	<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficience. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ;</p> <p>3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;</p> <p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs.</p>

<p>de veille sanitaire et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.</p> <p>Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.</p> <p>Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de santé émet des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficientes.</p> <p>La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en oeuvre en application du 2° du présent article.</p> <p>Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.</p>	<p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale.</p> <p>Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.</p> <p>Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.</p> <p>Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficientes.</p> <p>La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en oeuvre en application du 2° du présent article.</p> <p>Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.</p>
<p>Article L. 161-37-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 161-37-1 créé du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé sur les listes prévues aux articles L.</p>

	<p>162-17 et L.165-1 du présent code et L. 5123-2 du code de la santé publique pour laquelle est requise une évaluation médico-économique en application du 1° de l'article L. 161-37 est accompagnée du versement par le demandeur d'une taxe additionnelle dont le barème est fixé par décret dans la limite de 4580 €</p> <p>Son montant est versé à la Haute Autorité de santé. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.</p>
Article L. 161-41 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 161-41 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La Haute Autorité de santé comprend un collège et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.</p> <p>Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège. Les autres commissions spécialisées sont créées par la haute autorité, qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement.</p>	<p>La Haute Autorité de santé comprend un collège et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.</p> <p>Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 et L. 161-37 du présent code constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège. Les autres commissions spécialisées sont créées par la haute autorité, qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement.</p> <p>La dénomination, la composition et les règles de fonctionnement de la commission spécialisée mentionnée au douzième alinéa de l'article L. 161-37 sont définies par la Haute Autorité de santé."</p>
Article L. 161-45 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 161-45 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur.</p> <p>Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :</p> <p>1° Des subventions de l'Etat ;</p> <p>2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2. Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ;</p> <p>3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;</p>	<p>La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur.</p> <p>Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :</p> <p>1° Des subventions de l'Etat ;</p> <p>2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2. Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ;</p> <p>3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;</p>

<p>4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 A ;</p> <p>4° bis Une fraction égale à 44 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-1 ;</p> <p>5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;</p> <p>6° Des produits divers, des dons et legs.</p>	<p>4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 A ;</p> <p>4° bis Une fraction égale à 44 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-1 ;</p> <p>5° Le montant des taxes mentionnées à l'article L. 161-37-1 ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;</p> <p>6° Des produits divers, des dons et legs.</p>
<p>Article L. 162-16-4 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 162-16-4 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.</p> <p>Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.</p> <p>Sont constatées et poursuivies, dans les conditions fixées par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>	<p>Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicament à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.</p> <p>Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.</p> <p>Sont constatées et poursuivies, dans les conditions fixées par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>
<p>Article L. 162-16-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 162-16-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>

Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales

Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament, **de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique** ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et

<p>représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.</p> <p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>	<p>une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.</p> <p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>
<p>Article L. 162-16-6 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 162-16-6 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I. - Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.</p> <p>En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.</p> <p>Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.</p> <p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8</p>	<p>I. - Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique,</p> <p>En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.</p> <p>Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.</p> <p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8</p>

<p>du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>II. - Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>II. - Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 162-17-4 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 162-17-4 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> <p>1° Le prix ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;</p> <p>2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;</p> <p>3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;</p> <p>4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ;</p> <p>4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-</p>	<p>En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> <p>1° Le prix ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;</p> <p>2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;</p> <p>3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;</p> <p>4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ;</p> <p>4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-</p>

épidémiologiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309 / 93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.

5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.

L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.

Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4.

Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.

Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure d'interdiction et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

En cas de manquement par une entreprise à un

épidémiologiques **et des études médico-économiques**, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309 / 93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.

5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.

L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.

Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4.

Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.

Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure d'interdiction et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le

<p>engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.</p> <p>Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.</p> <p>La pénalité, prononcée au titre d'une mesure d'interdiction de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis 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 du présent code.</p> <p>Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.</p> <p>Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.</p> <p>La pénalité, prononcée au titre d'une mesure d'interdiction de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis 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 du présent code.</p> <p>Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p align="center">Article L. 165-2 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 165-2 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention 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>Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont établis par convention 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>La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou</p>	<p>Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention 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>Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont établis par convention 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>La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, des tarifs et des prix des</p>

constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.	produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.
Article L. 165-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 165-3 modifié du code de la sécurité sociale
<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 le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ce fabricant ou de ce distributeur.</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, y compris d'études médico-économiques, 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 le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ce fabricant ou de ce</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.

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.

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.

distributeur.

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.

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.

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.

ARTICLE 34

PROLONGATION DES EXPERIMENTATIONS DE NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION PREVUES PAR L'ARTICLE 44 DE LA LFSS POUR 2008

I. Présentation de la mesure

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

Les expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (ENMR) permettent de compléter le paiement à l'acte ou de s'y substituer (article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008).

La LFSS pour 2008 prévoyait que ces expérimentations pourraient débuter au 1er janvier 2008 et ne devraient pas excéder une période de cinq ans. Sauf modification du dispositif, elles prendront donc fin au 31 décembre 2012.

Or les expérimentations, qui concernent 150 maisons, pôles et centres de santé en France, ont nécessité une élaboration technique qui n'a permis leur déploiement opérationnel qu'au 1er janvier 2010, pour six régions et au 1er janvier 2011 pour l'ensemble du territoire. Le principe de ces expérimentations reposant sur l'évaluation des résultats obtenus, deux années paraissent trop limitées, notamment au regard des cinq années initialement prévues. Il apparaît donc souhaitable de prolonger le dispositif afin de respecter la volonté initiale du législateur.

En outre, il est nécessaire de réaffirmer que ces expérimentations ne constituent pas un mécanisme transitoire et sans lendemain. Fondé sur une évaluation rigoureuse, qui permettra d'amender et de modifier les paramètres et le cahier des charges de la mesure, le débouché de ces expérimentations doit être réaffirmé par le législateur.

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

Mesure proposée :

Il s'agit de prolonger d'une année les expérimentations de nouveaux modes de rémunération prévues par l'article 44 de la LFSS pour 2008

Autres options possibles :

Deux options alternatives sont envisageables :

- généraliser le dispositif expérimental prévu par l'article 44 de la LFSS pour 2008. Mais cette généralisation apparaît prématurée au regard des travaux d'évaluation qui doivent être menés et elle ne pourrait intervenir qu'après une nouvelle négociation conventionnelle ;
- prévoir un nouveau cycle expérimental. Cette mesure apparaît disproportionnée et risquerait d'installer l'expérience dans la durée et ainsi de retarder inutilement la mise en place du dispositif pérenne fondé sur l'évaluation.

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

Prise en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la mesure a un impact sur les dépenses de l'assurance maladie estimé à 7,5 millions d'euros en 2013.

Elle prend place au sein de la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a, un impact direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement (2° 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Sans objet pour une mesure transitoire

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure n'abroge aucune disposition du droit positif

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

L'expérimentation concerne les régimes de base d'assurance maladie intervenant dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

En prolongeant d'un an les expérimentations de nouveaux modes de rémunération c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2013, cet article induit une dépense de 7,5 M d'euros supplémentaires, soit le coût annuel des expérimentations impliquant 150 structures pluri-professionnelles de premier recours incluant des maisons, pôles et centres de santé.

Cette expérimentation suscite aussi des économies qui ne sont pas évaluées à ce jour.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013 P	2014	2015
			-7,5		

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Les nouveaux modes de rémunération représentent un revenu d'activité supplémentaire pour les 150 maisons, pôles et centres de santé qui participent à l'expérimentation. A travers tout le territoire national (19 régions et un DOM sont concernés), il s'agit donc d'une ressource nouvelle pour des structures de soin de premier recours et d'un moyen de stabiliser leur présence et leur activité dans des zones à faible densité médicale.

Les modes de rémunération expérimentés sont susceptibles d'être utilisés pour financer des emplois facilitant la coordination entre professionnels de santé tels que des postes de secrétaires administratifs ou encore des emplois intervenant dans le cadre du module 2 « éducation thérapeutique du patient ». Dans la mesure où l'utilisation des fonds est à la disposition des structures, cet impact sur l'emploi n'est pas évaluable ex ante, mais ne saurait constituer plus de quelques centaines d'emploi.

b) impacts sociaux

La pérennisation de la présence des maisons, pôles et centres de santé dans des zones à faible densité médicale est de nature à faciliter l'accès aux soins pour tous, en particulier pour les populations isolées ou à faible niveau de revenu.

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 sont les professionnels de santé exerçant dans des structures pluri-professionnelles de 1^{er} recours (maisons, pôles et centres de santé). Cette mesure leur permettra de percevoir les nouveaux modes de rémunération pendant une année supplémentaire, c'est à dire jusqu'au 31 décembre 2013 et non jusqu'au 31 décembre 2012 comme initialement prévu.

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

Cette mesure prolongera le pilotage des expérimentations par les agences régionales de santé, qui devront notamment préparer les avenants prolongeant les conventions en cours. Les organismes locaux d'assurance maladie qui assurent la liquidation des nouveaux modes de rémunération verront également leur responsabilité prolongée.

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

La prolongation de l'expérimentation n'entraînera pas de modification particulière des systèmes d'information. Elle nécessitera en revanche la négociation et la signature d'avenants aux conventions actuelles qui prennent fin en 2012.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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

Sans objet dans la mesure où il s'agit de la prolongation d'un dispositif existant.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet.

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

La mise en œuvre de cette prolongation se fera par avenants aux conventions entre les sites expérimentateurs (c'est-à-dire les pôles, maisons et centres de santé), les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie qui assurent la liquidation des nouveaux modes de rémunération. Ces avenants devront être signés avant le 31 décembre 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les sites participant aux expérimentations sont tenus par les conventions signées d'informer leurs patients de leur participation au dispositif et donc de son éventuelle prolongation.

Ces structures seront elles-mêmes averties de la prolongation de la mesure par les agences régionales de santé avec lesquelles elles négocieront les avenants mentionnés *supra*.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Le suivi de la mise en œuvre incombe à aux ministères en charge de la sécurité sociale (direction de la sécurité sociale) qui en rendront compte au Parlement dans le rapport annuel sur les expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 44 de la LFSS pour 2008	Article 44 modifié de la LFSS pour 2008
<p>I.-Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.</p> <p>En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :</p> <p>1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;</p> <p>2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;</p> <p>3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;</p> <p>4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé. Elles concluent à cet effet des conventions avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires. Les modalités de mise en oeuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.</p> <p>Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>I. -Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas six ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.</p> <p>En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :</p> <p>1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;</p> <p>2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;</p> <p>3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;</p> <p>4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé. Elles concluent à cet effet des conventions avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires. Les modalités de mise en oeuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.</p> <p>Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.</p>

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.

Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.

Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.

Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé peuvent prévoir, dès 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations.

ARTICLE 35

AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DES ORGANISATIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

I. Présentation de la mesure

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

A l'heure actuelle, seuls les établissements ayant signé un Contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) disposent de manière obligatoire dans leur CPOM d'indicateurs relatifs à l'efficacité de leur organisation.

Il est donc proposé d'intégrer dans les CPOM des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs font l'objet d'une publication annuelle par les établissements.

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

Mesure proposée :

La mesure vise à améliorer la performance des organisations hospitalières en mobilisant deux leviers.

Les dispositions du code de la santé publique relatives au CPOM (art. L. 6114-1 à L. 6114-4) sont ainsi complétées par l'insertion d'un alinéa à l'article L. 6114-3 prévoyant :

- l'intégration dans les CPOM d'objectifs de performance établis à partir d'indicateurs de performance ;
- les conditions d'élaboration et de publicité de ces indicateurs de performance ;
- les sanctions financières en cas de non respect de ces indicateurs.

Les thématiques identifiées pour ces indicateurs sont à ce stade les suivantes :

- gestion des lits et réduction des inadéquations hospitalières : Indice de performance de la durée moyenne de séjour en service de médecine, chirurgie ou obstétrique (réflexion en cours sur la faisabilité d'élaborer un indicateur IP DMS ciblé sur les populations âgées) ;
- optimisation des plateaux techniques : Taux d'occupation des salles d'intervention (bloc opératoire), des salles d'IRM et des salles de scanner et/ou ICR par salle d'intervention/IRM/scanner ;
- développement de la chirurgie ambulatoire : Taux de chirurgie ambulatoire, Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire ;
- coordination ville-hôpital : Délai de transmission du courrier de sortie au médecin traitant.

Autres options possibles :

Aucune au regard de l'objectif poursuivi dans une démarche contractuelle.

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

La mesure proposée constituera un levier d'économies significatives par la performance qu'elle exigera des établissements de santé. Elle générera par ailleurs des économies dans le cadre du dispositif de sanction financière prévu à l'article L. 6114-1 qui peut être activé par le DG ARS en cas de manquement aux objectifs. Ces économies ont été prises en compte dans la construction de l'ONDAM hospitalier à hauteur de 10 M€ en 2012. Cette mesure trouve ainsi sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 2° 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

L'article inséré sera codifié.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure concerne le périmètre d'intervention de droit commun des ARS, soit la métropole, quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 a un impact financier en termes de mesures d'économie sur la construction de l'ONDAM hospitalier. Les gains de productivité générés dès 2012 sont ainsi estimés à 10 M€, compte tenu du délai de mise en œuvre de ces mesures. A terme, les gains estimés sont nettement supérieurs.

A titre d'illustration, les travaux menés par l'ANAP dans le cadre des projets performance permettent d'illustrer les enjeux économiques liés à la mise en œuvre de la mesure proposée, celle-ci ayant pour objet de poursuivre, et d'étendre à l'ensemble des établissements, la logique de contractualisation sur des objectifs d'amélioration de la performance hospitalière, initiée par la démarche des projets performance.

Le suivi de l'impact des projets performance met ainsi en évidence, uniquement pour les 25 établissements ayant signé un contrat performance à fin juillet 2011, **un impact année pleine des 25 contrats à hauteur de 278 M€ dont 207 M€ portant sur des mesures d'économies**, en particulier :

- les gains liés à l'optimisation de l'organisation des **blocs opératoires**, pour les **17 établissements** concernés, représentent une économie de plus de **20 M€** en année pleine ;
- l'amélioration de la **gestion des lits** et la réduction de la DMS représentent un gain potentiel de l'ordre de **30 M€** pour les **13 établissements** ayant engagé cette démarche.

En ce qui concerne la **chirurgie ambulatoire**, il est possible d'estimer la diminution du coût de production des interventions chirurgicales qui résulterait d'un alignement de l'ensemble des régions sur le taux régional de chirurgie ambulatoire le plus élevé pour 17 interventions cible. Avec l'échelle de

coût du secteur ex DG (2007) et les données de séjour 2009, l'économie ainsi estimée s'élèverait à **60 M€**, soit 4% du coût total de production des 17 interventions en 2009.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Régimes de base l'assurance maladie		+ 10	A préciser	A préciser	A préciser

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 doit contribuer à l'amélioration de la performance des établissements hospitaliers, à une meilleure maîtrise des charges de ces établissements et à la réduction de leurs déficits.

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

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

Le cas échéant (en fonction des indicateurs retenus) il sera nécessaire d'adapter des systèmes d'information.

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

Un décret simple fixera la liste et les caractéristiques des indicateurs de performance qui feront l'objet d'une publication annuelle par les établissements de santé et serviront de base aux objectifs de performance intégrés dans les CPOM.

Ce texte sera publié au cours du premier trimestre 2012.

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 après publication des textes d'application et modification des CPOM.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Cette mesure n'est pas couverte par un PQE, en revanche, 3 des thématiques identifiées sont déjà suivies par des indicateurs PQE:

- L'indicateur PQE maladie 4.9 *Renclatrage des lits hospitaliers sur les soins aigus: évolution de la durée moyenne de séjour pour les séjours en chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile* présente ainsi l'évolution annuelle de la DMS en médecine et chirurgie pour les patients transférés en SSR et en HAD, par secteur (ex-DG/ex-OQN).

Il est complété:

- d'un indicateur sur l'évolution annuelle du taux d'équipement en SSR et HAD
- d'un indicateur sur l'évolution annuelle des sorties vers les autres services hospitaliers ou médico-sociaux des patients hospitalisés en médecine et chirurgie
- L'indicateur 4.12 efficacité des blocs opératoires : nombre d'indices de cout relatif (ICR) réalisé par salle d'intervention chirurgicale présente des données par catégorie d'établissements (CH - CHR/U - CLCC,- EBNL - EBL).
- L'indicateur 4.8 *Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire* présente les données par catégorie d'établissements pour 8 gestes marqueurs et pour l'ensemble des gestes marqueurs, par catégorie d'établissement (Public, privé non lucratif et privé lucratif).

La mesure proposée est susceptible d'avoir un impact sur ces indicateurs dans le sens où elle se traduira par un suivi renforcé de ces thématiques et donc par une plus grande exhaustivité et une meilleure qualité des données. Dans leur forme actuelle ces indicateurs ne présentent pas de données sur la dispersion entre établissements. L'ajout de ces données complémentaires pourrait être toutefois envisagé.

Le suivi des résultats de l'application de cette mesure se fera aussi dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre des CPOM qui lient les établissements de santé aux ARS.

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

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Version actuelle	Version modifiée
<p>ARTICLE L.6114-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3.</p> <p>Ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, et d'évolution et d'amélioration des pratiques.</p> <p>Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social et culturel.</p>	<p>ARTICLE L.6114-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3.</p> <p>Ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, et d'évolution et d'amélioration des pratiques.</p> <p>Ils fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé, dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé. En cas d'absence de publicité des résultats des indicateurs ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'agence régionale de santé peut faire application des dispositions prévues au septième alinéa de l'article L. 6114-1.</p> <p>Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social et culturel.</p>

ARTICLE 36

CREATION D'UN FONDS D'INTERVENTION REGIONAL

I. Présentation de la mesure

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

Dans un contexte de très fortes contraintes sur les finances sociales, la transversalité et la souplesse de gestion de certains crédits, compris dans une enveloppe globale fermée, constitue l'un des moyens de recréer des marges d'action régionales et d'inciter les ARS à optimiser la dépense.

La création d'un « fonds d'intervention régional » (FIR) réunissant des moyens d'action des ARS aujourd'hui dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires, permettrait d'offrir cette plus grande souplesse de gestion. La performance, la continuité et la qualité des soins constituent un champ d'intervention important et cohérent des ARS. L'intégration de crédits dédiés à la prévention donnerait la possibilité de mettre en œuvre la fongibilité asymétrique aujourd'hui inappliquée.

Cette mesure apporte une réponse au constat dressé par les rapports parlementaires récents. Ainsi, un rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale soulignait « *la faiblesse des marges de manœuvre financières des ARS* » et voyait dans l'exercice de fongibilité entre le FIQCS et le FMESPP prévu par la LFSS 2011 le « *commencement de fonds régional d'intervention à la main de l'ARS* ». De son côté, le rapport de la commission des finances du Sénat sur les MIGAC relevait également que « *les marges de manœuvre des agences régionales dans l'allocation des crédits aux établissements de santé sont réduites* ».

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

Mesure proposée : Cette mesure vise à créer un « fonds d'intervention régional » (FIR) regroupant, dans le cadre d'une enveloppe fermée, des crédits qui répondent à des objectifs complémentaires de politique de santé : la continuité, la performance et la qualité des soins comme des actions de prévention. Le fonds comprendrait :

- au titre de la continuité de la prise en charge des soins non programmés : les crédits relatifs à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins ambulatoire ou PDSA (150M€ en 2011), les crédits de la MIG PDSSES (environ 765M€ en 2011) et une partie des crédits du FIQCS dédiés au soutien à la permanence des soins ;
- au titre de la performance et la qualité des soins : les autres crédits régionaux du FIQCS (191 M€), les crédits du FMESPP hors investissements informatiques et immobiliers, qui font déjà l'objet d'une fongibilité avec les crédits du FIQCS en application de la LFSS pour 2011 (152M€ en 2011).
- Au titre de la prévention et de la promotion de la santé : la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie aux ARS au titre de la prévention (FNPEIS, 40M€). Par ailleurs une dotation du programme 204 du budget de l'Etat abonderait ce fonds, ces crédits étant actuellement dans le budget des ARS.

Le montant de la dotation nationale annuelle des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds serait fixé par arrêté. Par ailleurs, en 2012, dans le cadre d'un régime transitoire, le FIR bénéficiera d'ores et déjà de dotations en provenance du FIQCS et du FMESPP.

L'utilisation des crédits du FIR par les ARS, et la quantification de la fongibilité mise en œuvre par les ARS seront retracées dans l'annexe 7 de la LFSS.

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

La dotation du FIR sera directement à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie : ces régimes seront appelés à consacrer des dépenses annuelles pour doter le FIR, conformément à la loi de financement et aux textes réglementaires pris en son application.

En outre, l'un des objectifs de la création du fonds est d'optimiser les dépenses de santé, ce qui aura un impact direct sur les comptes de ces régimes.

Ce fonds permettra enfin d'éviter les financements redondants que parviennent à obtenir certaines structures par le biais des différents fonds (FIQCS, FNPEIS par exemple pour des réseaux effectuant de l'éducation thérapeutique du patient), sans que les différents financeurs ne le sachent actuellement. Ces redondances sont estimées à 5M€.

La mesure prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a un effet direct sur les dépenses des régimes de base de l'assurance maladie (2° du B du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale).

Elle intéresse également la comptabilité et la trésorerie des régimes et organismes (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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 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 sera conforme au droit européen : les textes d'application veilleront au respect des règles européennes, relatives notamment au régime des aides d'Etat.

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

a) Possibilité de codification

Oui, dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Oui.

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

La mesure sera applicable dans le champ des régimes de base de l'assurance maladie métropolitains, soit dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 réunit dans un même fonds des crédits et dotations déjà existantes au titre d'actions des agences régionales de santé. L'évolution de leur montant pour 2012 est liée aux différentes règles d'évolution de chacune des enveloppes réunies au sein du FIR.

La dotation du FIR sera directement à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie : ces régimes seront appelés à consacrer des dépenses annuelles pour doter le FIR, conformément à la loi de financement et aux textes réglementaires pris en son application.

D'autre part, l'un des objectifs de la création du fonds est d'optimiser les dépenses de santé grâce à la complémentarité facilitée entre les différents segments de l'offre de soins, ce qui aura un impact direct sur les comptes de ces régimes. En particulier, les ARS seront incitées à optimiser l'organisation des permanences des soins ambulatoires et en établissement de santé afin de dégager des marges de manœuvre permettant de mener d'autres actions, comme la prévention. La réalisation de 1% d'économie sur cette seule mission de permanence des soins devrait permettre dès 2012 de dégager 10M€ de crédit.

Ce fonds permettra enfin d'éviter les financements redondants que parviennent à obtenir certaines structures par le biais des différents fonds (FIQCS, FNPEIS par exemple pour des réseaux effectuant de l'éducation thérapeutique du patient), sans que les différents financeurs ne le sachent actuellement. Ces redondances sont estimées à 5M€.

L'impact financier repris dans le tableau ci-après peut être considéré comme un plancher.

Organismes impactés (régime, branche, fonds) Assurance Maladie	Impact financier en droits constatés par rapport à 2011(en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P	2013	2014	2015
Dotation Assurance Maladie		-915*	-1251	-1251	-1251
Dotation du FIQCS au FIR		-212*			
Dotation du FMESPP au FIR		-124*			
Economie - performance		+ 10	+10	+10	+10
Economie - redondances		+ 5	+5	+5	+5

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

* : Estimations qui seront revues au moment de la campagne hospitalière début 2012

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

Aucun

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

La CNAMTS et son réseau assure déjà la liquidation, le paiement et la comptabilisation de la plupart des crédits constituant le FIR.

Les opérations de liquidation, paiement et comptabilisation relatives aux crédits du FMESPP intégrés dans le FIR (environ 150M€) seraient transférées de la caisse des dépôts et consignations (CDC) vers la CNAMTS et son réseau.

La liquidation, le paiement et la comptabilisation relatives aux crédits de prévention (du budget de l'Etat et des fonds de prévention de l'assurance maladie) pourraient être maintenues aux ARS sur une base transitoire, les ARS étant alors destinataires des crédits correspondant du FIR.

Dans le cadre de l'autorisation parlementaire, le conseil national de pilotage des ARS arrêtera les orientations stratégiques, les critères de répartition régionale, le rapport d'activité annuel, les modalités d'évaluation des actions financées par le FIR. Les dotations seront fixées par arrêté ministériel.

Les directions du ministère et caisses concernées membres du CNP, notamment la DGOS, la DGS, la DSS et la CNAMTS prépareront les décisions du CNP.

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

La charge de travail de l'administration centrale et de la CNAMTS d'une part, des CPAM et des ARS d'autre, sera à terme allégée du fait de la simplification des circuits de financement par rapport à la gestion actuellement séparée des différents crédits et dotations réunis au sein du FIR (FIQCS, FMESPP, MIG, AC, PDSA).

La charge de travail pourra être accrue pour la première phase de mise en œuvre :

- modification des systèmes d'information pour assurer la liquidation et le paiement des crédits FMESPP (paiement à des établissements de santé) et le suivi des dépenses de prévention
- adaptation de la nomenclature budgétaire et comptable

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants

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 en Conseil d'Etat est nécessaire. Il sera publié au tout début de l'année 2012

2. Existence de mesures transitoires

Le FIR montera en charge progressivement en termes de périmètre.

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

La mesure sera mise en œuvre au cours du 1^{er} trimestre 2012

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 effort particulier sera réalisé, à l'occasion de la création du FIR, en termes de suivi et de rendu compte des actions pilotées et mises en œuvre par les agences régionales de santé. La création du fonds sera une opportunité importante pour procéder à la réingénierie des processus de gestion des crédits et pour améliorer les outils et mécanismes de *reporting*, à la fois comptable et extra-comptable. Ainsi, le Parlement et l'ensemble des acteurs concernés seront en mesure d'avoir une information fiable et complète sur les actions financées par le FIR.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Texte actuel (loi)	Texte consolidé (loi)
<p>Article L. 221-1-1 de la sécurité sociale :</p> <p>I.- Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.</p> <p>Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.</p> <p><i>Il finance le 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 dans les conditions prévues à l'article L. 162-45.</i></p> <p><i>Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.</i></p> <p>Il concourt à des actions ou à 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.</p> <p><i>Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.</i></p> <p>Il contribue à la mise en oeuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.</p> <p>Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.</p> <p>II.-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. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>III.-Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'Etat et des représentants du collège des directeurs de</p>	<p>Article L. 221-1-1 de la sécurité sociale :</p> <p>I.-Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.</p> <p><i>Le fonds peut financer des actions et des expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville.</i></p> <p>Il concourt à des actions ou à 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.</p> <p>Il contribue à la mise en oeuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.</p> <p>Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.</p> <p style="text-align: center;"><i>II - Inchangé</i></p>

l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

IV.-Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :

1° Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;

2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;

3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional **et celle réservée au financement des actions à caractère régional** ;

4° Le rapport d'activité annuel.

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

V.-Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. **Il répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional. Toutefois, les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.**

Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. **Ce bilan d'activité est transmis au Parlement avant le 1er septembre.**

VI.-L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales

III - Inchangé

IV.-Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :

1° Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;

2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;

3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional ;

4° Le rapport d'activité annuel.

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

V.-Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Il attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional.

Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

<p>de santé dans des conditions fixées par décret. Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.</p> <p>Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).</p> <p>VII.-La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et du bureau de ce dernier sont déterminées par décret.</p>	<p>VI.-L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).</p> <p><i>Inchangé</i></p>
<p>Article L. 162-45 de la sécurité sociale :</p> <p>Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et les agences régionales de santé peuvent prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.</p> <p>En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :</p> <p>1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;</p> <p>2° Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;</p> <p>3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;</p> <p>4° Article L. 322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.</p>	<p>Article L. 162-45 de la sécurité sociale :</p> <p>Les agences régionales de santé peuvent prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.</p>
<p>L.1432-6 du code de la santé publique :</p>	<p>L.1432-6 du code de la santé publique :</p>

<p>Les ressources de l'agence sont constituées par :</p> <p>1° Une subvention de l'Etat ;</p> <p>2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;</p> <p>3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;</p> <p>4° Des ressources propres, dons et legs ;</p> <p>5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics ;</p> <p>6° Des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dans des conditions définies par décret.</p> <p>Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>Les ressources de l'agence sont constituées par :</p> <p>1° Une subvention de l'Etat ;</p> <p>2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;</p> <p>3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;</p> <p>4° Des ressources propres, dons et legs ;</p> <p>5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics ;</p> <p>Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 1433-1 du code de la santé publique</p> <p>Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.</p> <p>Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.</p> <p>Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.</p> <p>Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.</p>	<p>Article L. 1433-1 du code de la santé publique</p> <p>Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.</p> <p>Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.</p> <p>Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.</p> <p>Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.</p>

<p>Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.</p>	<p>Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8</p> <p>Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.</p>
<p>Article L. 1434-6 du code de la santé publique</p> <p>Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.</p> <p>Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées au II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 611-7 du même code et à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime, des crédits provenant des fonds constitués au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention.</p>	<p>Article L. 1434-6 du code de la santé publique</p> <p>Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.</p> <p>Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées au II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 611-7 du même code et à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime, des crédits provenant des fonds constitués au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9</p>
<p>L. 1435-4 du code de la santé publique :</p> <p>L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.</p> <p>Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. Les contrats visés au</p>	<p>L. 1435-4 du code de la santé publique :</p> <p>L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.</p> <p>Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. Les contrats visés au</p>

<p>premier alinéa sont conformes à des contrats-types nationaux. Ces contrats-types sont adoptés, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; ils sont adoptés, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence d'un contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions précitées et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.</p> <p><i>La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code.</i></p> <p>L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.</p>	<p>premier alinéa sont conformes à des contrats-types nationaux. Ces contrats-types sont adoptés, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; ils sont adoptés, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence d'un contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions précitées et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.</p> <p><i>Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9</i></p> <p>L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.</p>
<p>Article L. 6323-5 du code de la santé publique</p> <p>Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement <i>du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.</i> Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. <i>Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale.</i></p>	<p>Article L. 6323-5 du code de la santé publique</p> <p>Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement <i>du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8</i> Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins.</p>
<p>Article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale n° 2001-1257 du 23 décembre 2000 :</p> <p>I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p> <p><i>II.- Ce fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.</i></p>	<p>Article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale n° 2001-1257 du 23 décembre 2000 :</p> <p><i>Inchangé</i></p> <p><i>Il supprimé</i></p>

A ce titre, il participe au financement :

1° De contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement ;

2° Des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens ;

3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation ou membres de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article [L. 6132-1](#) du même code.

III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement **et de fonctionnement** des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1.

Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.

III bis. - Le fonds peut prendre en charge, dans la limite et selon des modalités définies par décret, le coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière.

III ter.-Le fonds peut prendre en charge le financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de [l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006](#) de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation

III quater.-Le fonds prend en charge les frais

III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1.

Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.

III bis supprimé

Inchangé

III quater supprimé

de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements des références et recommandations de gestion hospitalière.

Le fonds prend également en charge les frais de fonctionnement d'une mission nationale d'appui à l'investissement, placée auprès du ministre chargé de la santé et de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs généraux d'agences régionales de santé.

IV.-Bénéficiaire du concours de ce fonds les actions mentionnées au II du présent article qui sont entreprises par des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de [l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale](#) ayant fait l'objet d'un agrément par le ou les directeurs généraux d'agences régionales de santé compétents. Les établissements non visés par cet article peuvent également bénéficier, après agrément dans les conditions mentionnées précédemment, du concours du fonds dans le cadre d'opérations de coopération entre un ou plusieurs de ces établissements et un ou plusieurs établissements visés à [l'article L. 174-1 du même code](#).

Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.

L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur.

V.-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

IV.- Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.

L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur.

sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article [L. 174-2 du code de la sécurité sociale](#).

Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à [l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique](#) sont versées au fonds.

Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.

V bis. - L'attribution des financements relatifs aux actions prévues au II, au III pour les dépenses d'investissements immobiliers dont le montant est inférieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et au III bis est confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. Ils peuvent être attribués sur une base pluriannuelle.

Ces financements peuvent être affectés au financement des actions visées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

VI à IX inchangés

Vbis supprimé

Nouveaux article CSP :

« **Section V**

« **Fonds d'intervention régional**

« **Art. L. 1435-8 - Il est créé un fonds d'intervention régional. Ce fonds finance, sur décision des agences régionales de santé des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :**

« **1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;**

« **2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des**

centres de santé, à des établissements de santé et médico-sociaux ou des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;

« 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;

« 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;

« 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;

« 6° La prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire ;

« 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets.

« Les financements alloués aux établissements de santé, ainsi que les engagements pris par ces derniers, font l'objet d'une inscription et d'une évaluation dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

« Art. L. 1435-9. - Les ressources du fonds sont constituées par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

« 2° Une dotation de l'Etat ;

« 3° Le cas échéant, une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. »

« Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

« 1° Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« 2° Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

« Art. L. 1435-10. - Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

« La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

« La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.

Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. 1435-11. - Les modalités d'application de la présente section sont fixées, sauf mention contraire, par décret en Conseil d'Etat. »

ARTICLE 37

EXPERIMENTATION D'UNE MODULATION DU FORFAIT GLOBAL RELATIF AUX SOINS DES EHPAD EN FONCTION D'INDICATEURS DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE

I. Présentation de la mesure

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

L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Mds d'euros au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, plus d'1 Md d'euros à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère polyopathologique du grand âge).

Aujourd'hui, la tarification des EHPAD est déterminée en fonction d'une valeur de point fixé nationalement ainsi que le niveau de dépendance des résidents et leurs besoins en soins évalués à partir des référentiels AGGIR et PATHOS. Elle présente ainsi un caractère quasi automatique qui ne permet pas d'adapter les ressources allouées au niveau de qualité de la prise en charge dispensée.

La présente mesure vise à permettre une meilleure prise en compte de la qualité dans la détermination des ressources des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes en s'appuyant sur des expérimentations de trois ans qui permettront :

- de valider les indicateurs pertinents et robustes de la qualité de prise en charge
- de définir les conditions de modulation des ressources à partir du score réalisé par les établissements sur les indicateurs retenus

Elle nécessite donc des dérogations aux modalités de tarification aujourd'hui en vigueur qu'il convient d'expérimenter avant d'en prévoir, en fonction des résultats observés, la généralisation.

Ces expérimentations seront circonscrites sur le territoire à quelques agences régionales de santé (3 à 5) et ciblées sur des établissements aujourd'hui en tarif partiel. L'incitation à entrer dans les expérimentations et donc l'adhésion au principe de modulation de leur dotation soins, pourrait se traduire par la possibilité d'octroyer un financement complémentaire dans des conditions déterminées par un cahier des charges national. Elles seront étayées en parallèle d'une étude de coût nationale sur les EHPAD.

L'évaluation annuelle permettra de stabiliser les indicateurs qui pourraient dès l'année 2014 donner lieu à une mesure législative fixant leur caractère opposable à l'ensemble des établissements du secteur.

Le calendrier prévisionnel est le suivant :

- 2012 : rédaction du cahier des charges national, définition des indicateurs, sélection des EHPAD. Test des indicateurs servant à la future modulation du forfait pour les établissements participant aux expérimentations et publication du décret fixant les indicateurs
- 2013 :
 - mesure législative fixant le caractère opposable des indicateurs à l'ensemble des EHPAD
 - modulation locale du forfait sur la base des indicateurs dans le cadre expérimental
- 2014 : généralisation éventuelle de la modulation à l'ensemble des EHPAD au regard de l'évaluation définitive transmise au Parlement

Cette expérimentation permet de diffuser au secteur médico-social la démarche de performance déjà engagé en ville au travers du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI désormais inscrit dans la convention médicale) et également inscrite dans les objectifs du champ hospitalier notamment au travers des projets de performance.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée vise à mettre en œuvre des expérimentations d'une durée de 3 années portant sur les règles de tarification des EHPAD. Il s'agit, pendant cette durée, de permettre une dérogation aux modalités de calcul du forfait global relatif aux soins visé au 1°) de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles en introduisant une modulation en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience dont la liste sera fixée par décret.

Il est en outre précisé que ces expérimentations seront conduites par 3 ou 4 agences régionales de santé (ARS) sur la base d'un cahier des charges national.

Un bilan annuel sera réalisé d'après les éléments communiqués par les ARS et transmis au Parlement. Enfin, un rapport d'évaluation sera rédigé en vue d'une éventuelle généralisation.

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif de la mesure.

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

La mesure proposée poursuit un objectif d'efficience de la dépense. Elle a un impact financier en termes de dépenses de l'OGD médico-social, lequel est financé par l'apport de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) médico-social des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie et par une quote-part de recettes propres de la CNSA. De plus, elle a trait aux modalités de tarification des EHPAD.

Enfin, elle prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a un effet sur les dépenses de la CNSA en tant qu'organisme finançant et gérant l'ONDAM (D du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie (1° du C du V de ce même article LO 111-3).

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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Non, s'agissant de définir un cadre expérimental

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Les ARS interviennent, outre dans la métropole, dans les cinq DOM, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Toutefois la liste des ARS expérimentatrices n'a pas été encore déterminée.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'incitation financière des établissements entrant dans l'expérimentation est évaluée entre 2 et 5 M€.

A terme, un rendement positif est attendu car le principe de modulation des dotations soins des EHPAD sur les indicateurs de qualité permettra une meilleure adéquation des ressources par établissement. Les expérimentations permettront d'évaluer l'impact de ces modifications sur l'efficacité de la dépense (amélioration de la qualité, baisse des hospitalisations inadéquates...).

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
Coût brut de la mesure			-2 à -5	-2 à -5	A déterminer en fonction résultat expérimentation

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

Sans objet

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

Les ARS seront chargées de la mise en œuvre de cette mesure.

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

Le système d'information des ARS pourra être modifié.

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

La rédaction d'un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'Etat aura lieu début 2012. Elle sera complétée par décret fixant la liste des indicateurs de qualité et d'efficience publié au cours du premier trimestre.

Enfin, un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale fixera la liste des ARS participantes.

A noter qu'une mesure législative fixant le caractère opposable des indicateurs à l'ensemble des EHPAD devra intervenir en 2013 et que modifications législatives et réglementaires du forfait global relatif aux soins interviendront au regard des conclusions de l'expérimentations fin 2014.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

La mesure entrera en vigueur au cours de l'année 2012

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Les ARS expérimentatrice rendront compte du détail de la mise en œuvre de cette mesure.

ARTICLE 38

FINANCEMENT DU PLAN D'AIDE A L'INVESTISSEMENT (PAI) DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL POUR 2012

I. Présentation de la mesure

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

Depuis sa mise en place en 2006, le Plan d'aide à la modernisation (PAM), devenu Plan d'aide à l'investissement (PAI) en 2008, a financé plus de 1 000 projets dans le secteur médico-social.

Jusqu'en 2011, la section V du budget de la CNSA, relative notamment aux PAI, était abondée par une sous-consommation récurrente de l'OGD (objectif global de dépenses) médico-social.

L'épuisement des réserves de la CNSA a conduit le législateur à adopter l'amendement de Mme Desmarescaux, sénatrice, lors du PLFSS 2011. Ses dispositions sécurisaient le financement des PAI, pour la seule année 2011, en affectant 4 % de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) initialement destinés à la section I de la CNSA (OGD) à la section V (soit 92,8 M€).

Compte tenu d'une part du maintien des besoins relatifs à l'investissement sur le secteur médico-social, et notamment afin de poursuivre l'effort d'adaptation de l'offre pour les malades d'Alzheimer, et d'autre part du niveau des réserves constatées en fin d'exercice 2010 dans le budget de la CNSA, il est nécessaire de prévoir un financement pour l'année 2012 en opérant un transfert à hauteur de 2 % de CSA de la section I vers la section V.

Le montant ainsi déterminé - environ 48 M€ - tient compte du faible niveau de consommation des crédits des PAI antérieurs (2 % environ en année N), et permet de préserver un niveau d'OGD compatible avec la poursuite du financement des plans gouvernementaux.

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

Mesure proposée :

Il est donc proposé de modifier l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles afin de prévoir pour la seule année 2012 :

- pour la section I (OGD) :
 - o une affectation de 13 % de CSA à l'OGD PH ;
 - o une affectation de 39 % de CSA à l'OGD PA ;
- en section III (PCH et MDPH), la détermination d'un taux de 39 % de CSA devant financer les ESMS PH (sous section I de la section I : 13 % en 2011) et PCH-MDPH (section III : 26%) ;
- pour la section V (PAI) :
 - o une affectation de 1 % de CSA PA ;
 - o une affectation de 1 % PH.

Autres options possibles :

Une autre option serait de déterminer une source de financement autre que l'affectation d'une fraction de la CSA (réserves de la CNSA, crédits déçus...).

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

La mesure proposée a un impact financier en termes de dépenses de l'OGD médico-social, lequel est financé par l'apport de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) médico-social des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie et par une quote-part de recettes propres de la CNSA.

Elle prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a un effet sur les dépenses de la CNSA en tant qu'organisme finançant et gérant l'ONDAM (D du V de l'article LO 111-3

du code de la sécurité sociale) et sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie (1° du C du V de ce même article LO 111-3).

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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 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

Oui, Modification de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Le périmètre d'intervention de la CNSA comprend les cinq DOM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui
Collectivités d'outre-mer	
-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 a un impact financier en termes de dépenses de l'OGD médico-social, lequel est financé par l'apport de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) médico-social des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie et par une quote-part de recettes propres de la CNSA.

Les régimes d'assurance maladie abonderont la CNSA au titre de l'ONDAM médico-social à hauteur du financement du PAI, soit 48 M€ (2 % de 2,4 Md€ prévision de recette CSA 2012).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Régimes obligatoire de base de l'assurance maladie		P- 48M€			

CNSA Dotation AM Affectation d'une part de la CSA au PAI		+48 M€ - 48 M€			
--	--	-------------------	--	--	--

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Avec le Plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le secteur médico social pour 2012, 48M€ seront injectés dans l'économie.

b) impacts sociaux

L'objectif du plan est d'améliorer l'accueil en établissement pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes.

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 mise en œuvre de la mesure sera pilotée par la CNSA

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

Le système d'information de la CNSA sera modifié.

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

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 courant 2012.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

La CNSA produira toutes les données nécessaires au suivi de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L 14 10 5 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L 14 10 5 modifié du code de l'action sociale et des familles
<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>I.-Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections.</p> <p>1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis). Pour l'année 2011, le pourcentage défini au a est fixé à 12 % ;</p> <p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.</p> <p>Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.</p> <p>2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de</p>	<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>I.-Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections.</p> <p>1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis). Pour l'année 2012, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ;</p> <p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.</p> <p>Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.</p> <p>2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de</p>

l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. Elle retrace :

a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

a bis). Pour l'année 2011, le pourcentage défini au a est fixé à 38 % ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3.

Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.

Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.

La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique sont imputées sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code.

II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

a) En ressources, 20 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L.

l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. Elle retrace :

a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

a bis). Pour l'année 2012, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3.

Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.

Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.

La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique sont imputées sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code.

II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

a) En ressources, 20 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L.

14-10-6.

Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée.

III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.

Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application des articles L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée, et L. 541-4 du même code.

Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 38 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

IV.-Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :

1° En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit, d'une part ; une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-

14-10-6.

Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée.

III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.

Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application des articles L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée, et L. 541-4 du même code.

Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser **40%** du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

Pour l'année 2012, ce taux est fixé à 39 %.

IV.-Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :

1° En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit, d'une part ; une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, d'autre part. Cette part est fixée par arrêté

10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, d'autre part. Cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.

V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;

a bis). Pour l'année 2011, 2 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9 ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III ;

b bis) Pour l'année 2011, 2 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9.

VI.-Une section consacrée aux frais de gestion

conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.

V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;

a bis). Pour l'année 2012, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9 ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III ;

b bis) Pour l'année 2012, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9.

VI.-Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources

de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

ARTICLE 39

REFORME DE L'ECONOMIE OFFICINALE

I. Présentation de la mesure

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

Le rapport IGAS intitulé « Pharmacies d'officine : rémunération, mission, réseau » publié en juin 2011 souligne l'inadéquation des modalités actuelles de rémunération et d'exercice de l'activité officinale au contexte économique d'une part et aux missions de santé publique qui relèvent de cette profession d'autre part.

La rémunération fondée sur une marge par boîte vendue fait du prix des produits vendus et de leur évolution un déterminant de la dispensation, ce qui relève d'une approche réductrice de l'activité officinale.

Cette rémunération est préjudiciable à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie en la matière car :

- même si la logique a été inversée par une tarification adhoc dans le cas des médicaments génériques, elle conduit à intéresser le dispensateur à la dispensation de produits chers
- la régulation des prix des produits de santé impacte directement la rémunération de la distribution pharmaceutique alors que ses déterminants sont différents de ceux des revenus de l'industrie, conduisant à des demandes de revalorisation périodiques des marges officinales

Enfin, comme le montre ce rapport de l'IGAS, la surdensité du réseau officinal français se traduit par des coûts fixes importants, qui pèsent sur les finances de l'assurance maladie au travers des marges officinales.

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

Mesure proposée : conformément aux propositions du rapport IGAS « Pharmacies d'officine : rémunération, mission, réseau » publié en juin 2011, il s'agit d'introduire progressivement dans la rémunération officinale une part croissante déconnectée du prix des produits vendus. Cette rémunération serait constituée :

- pour partie d'une rémunération de l'acte de dispensation ;
- pour partie d'une rémunération à la performance sur la base d'objectifs de santé publique (accompagnement des patients chroniques ou suivi du calendrier vaccinal par exemple) et d'efficacité des dépenses.

Il convient pour cela de modifier l'objet de la convention pharmaceutique prévue par le code de la sécurité sociale.

Il est également proposé de permettre aux pharmaciens d'officine de conclure avec l'UNCAM et d'autres professionnels de santé des accords conventionnels interprofessionnels.

Il est proposé, en parallèle, d'accompagner et de maîtriser la recomposition du réseau officinal en ouvrant la possibilité à la convention pharmaceutique de déterminer des objectifs négociés de redimensionnement du réseau

Autres options possibles : en l'absence de dispositif d'orientation de la recomposition du réseau, le risque serait de laisser la restructuration se faire sous la seule contrainte économique induite par la régulation des prix des médicaments (une centaine de procédures collectives ont eu lieu dans le secteur en 2010 ce qui reste modeste au regard du nombre total de pharmacies qui s'élève à plus de 22 000) avec le risque de voir cette restructuration s'opérer lentement, fragilisant durablement le réseau voire entraînant par endroit des ruptures dans le maillage officinal.

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

La modification de l'objet de la convention UNCAM – pharmaciens conduira à des dépenses nouvelles liées à la mise en place de nouveaux modes de rémunération.

La restructuration du réseau permettra à la profession d'exploiter une source de croissance endogène et de faire ainsi l'économie de revalorisations de marges qui n'auraient pour effet que de continuer à faire peser sur l'assurance maladie l'excès de coûts fixes généré par la surdensité du réseau.

La mesure a donc un double effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie (2° 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Oui : code de la sécurité sociale et 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 le champ d'intervention des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie métropolitain, soit quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 modification de l'objet de la convention UNCAM – pharmaciens conduira à des dépenses nouvelles liées à la mise en place de nouveaux modes de rémunération.

La recomposition du réseau permettra à la profession d'exploiter une source de croissance endogène et de faire ainsi l'économie de revalorisations de marges qui n'auraient pour effet que de continuer à faire peser sur l'assurance maladie l'excès de coûts fixes généré par la surdensité du réseau. A titre d'illustration, 1 point de recomposition permettant d'éviter 1 point de revalorisation de marge représente une économie d'environ 60M€ pour l'assurance maladie.

La mesure a donc un double effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. Il n'est pas encore possible de le chiffrer, la mise en œuvre de cette faisant l'objet actuellement d'une négociation.

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>				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Régimes obligatoires de base de l'assurance maladie : effet recomposition du réseau			60	60	60
Effet nouveau mode de rémunération		nd	nd	nd	nd

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 aura pour effet de consolider le réseau officinal tout en modifiant dès 2012 et réduisant la dynamique des dépenses d'assurance maladie dans ce domaine.

b) impacts sociaux

La recomposition du réseau officinal permettra de tirer partie de la pyramide des âges des pharmaciens d'officine qui permet d'envisager une vague importante de départs en retraite dès 2012.

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

La mesure est gérée par les caisses nationales et locales de l'assurance maladie.

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

Une modification des systèmes d'information des caisses sera nécessaire.

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

La signature de la nouvelle convention officinale est nécessaire, la précédente étant échue au 25 juillet 2011 et reconduite par tacite reconduction.

Un décret en conseil d'Etat fixera les modalités de prise en charge par l'assurance maladie de l'acte de dispensation (et notamment taux de participation de l'assuré). Il sera publié 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

La mesure sera mise en œuvre au cours du 1^{er} semestre 2012.

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 caisses d'assurance maladie produiront toutes les données nécessaires au suivi et à l'évaluation de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article XX actuel du code ...	Article XX modifié du code ...
<p>Article L.161-16-1 :</p> <p>Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part.</p> <p>La convention détermine notamment :</p> <p>1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;</p> <p>2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;</p> <p>3° (Abrogé) ;</p> <p>4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;</p> <p>5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ;</p> <p>6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique.</p>	<p>Article L.161-16-1 :</p> <p>Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part.</p> <p>La convention détermine notamment :</p> <p>1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;</p> <p>2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;</p> <p>3° (Abrogé) ;</p> <p>4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;</p> <p>5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ;</p> <p>6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique.</p> <p>7° La tarification de frais de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;</p> <p>8° La rémunération, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologie chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficience de la dispensation. La</p>

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation

rémunération financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le pharmacien.

9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des dispositions des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant l'approbation, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou des rémunérations mentionnés au 7° et au 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation

Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6°, 7° et 8° entre en vigueur au plus tôt dans un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure. »

Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs

mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6°, 7° et 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale concernée. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante. »

Les dispositions du II de l'article L. 162-14-1 sont applicables aux pharmaciens titulaires d'officine.

ARTICLE 40

RÉFORME DE LA TARIFICATION DES SÉJOURS HOSPITALIERS POUR INTRODUIRE UNE TARIFICATION APPLICABLE AUX V.I.P ÉTRANGERS NON ASSURÉS SOCIAUX

I. Présentation de la mesure

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

La tarification des prestations de soins et d'hébergement des patients étrangers non assurés sociaux en situation régulière sur le territoire est aujourd'hui réalisée sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP).

Cette modalité de facturation pose deux types de problèmes :

- la facturation sur la base des TJP ne permet pas toujours de couvrir l'intégralité des dépenses engagées par l'établissement pour la prise en charge du patient, en particulier lorsque la durée d'hospitalisation est courte et que des molécules onéreuses (MO) ou des dispositifs médicaux implantables (DMI) sont utilisés ;
- ces règles de facturation strictes, directement liées à la durée du séjour, ne permettent pas aux établissements qui le souhaiteraient de développer une offre de soins spécifique à destination des patients étrangers fortunés permettant de valoriser outre les soins et l'hébergement, des prestations annexes éventuelles.

L'objectif de la mesure proposée est ainsi de permettre aux établissements qui le souhaitent de déroger aux règles de facturation existantes pour la prise en charge en soins programmés des patients étrangers fortunés en situation régulière, ne relevant pas d'un régime de sécurité sociale obligatoire français, d'un régime de sécurité sociale coordonné avec les régimes français (union européenne, espace économique européen et conventions bilatérales de sécurité sociale).

Il s'agit d'ouvrir la possibilité aux établissements volontaires de développer et de valoriser une offre de soins programmés à destination des patients étrangers fortunés qui souhaitent bénéficier en France d'une intervention dans un établissement dont l'attractivité est reconnue.

Cette mesure n'est pas de nature à porter atteinte au droit à l'accès aux soins des patients de toute nationalité en France, dans la mesure où elle ne s'applique pas dans le cadre de l'exercice des missions de service public définies à l'article L.6112-1 du code de la santé publique, en particulier dans le cadre de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée vise à permettre aux établissements de santé qui le souhaitent de déroger aux règles de facturation existantes pour la prise en charge des patients étrangers. Elle n'est donc pas d'application systématique.

Elle vise un public ciblé dont son notamment écartées les personnes en situation de précarité : les patients en situation régulière sur le territoire (donc hors bénéficiaires de l'AME et des soins urgents) qui ne relèvent pas d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles (i.e. régime européen coordonné et conventions bilatérales de sécurité sociale), ni d'une prise en charge dans le cadre d'une intervention humanitaire.

Il s'agit de patients « payants », qui s'acquittent de l'intégralité des frais facturés, soit directement dans le cadre d'une démarche personnelle de leur part, soit par le truchement d'un organisme (ambassade, caisse d'assurance maladie, assurance, association, etc.). Ces sommes sont versées directement par le patient ou l'organisme à la structure hospitalière.

Son application est encadrée :

- elle ne s'applique pas aux patients pris en charge dans le cadre de l'exercice d'une mission de service public (permanence des soins, soins palliatifs, etc.) ; la mesure vise les soins programmés, qui pourront notamment faire l'objet d'un devis et d'un engagement contractuel entre le patient ou son représentant et l'établissement de santé ;
- ses modalités d'application sont définies par décret, dans l'objectif, notamment, de garantir l'accès aux soins des patients et de limiter les risques pour les établissements d'augmentation du nombre d'admissions en non valeur en cas de patients non solvables, mais aussi d'encadrer, si nécessaire, les modalités dérogatoires de facturation.

Les établissements concernés sont les établissements « ex DG » et « ex OQN », pour les activités de MCO, de psychiatrie et de SSR.

Le décret d'application de la mesure sera réalisé en concertation avec les fédérations hospitalières concernées. En effet, il convient notamment de s'assurer que les modalités de mise en œuvre retenues répondent aux besoins des établissements, aux exigences de faisabilité (adaptation des logiciels de facturation en particulier) et permettent de prendre en compte le caractère solvable des patients ciblés.

Dispositions législatives :

La mesure proposée nécessite :

- 1) De modifier les articles fixant les règles de facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie afin de permettre d'y déroger.

Il s'agit :

- d'une part, des articles L.162-22-11 pour les activités sous T2A et L.174-3 pour les activités sous DAF, qui prévoient l'application des dispositions de droit commun pour les patients non couverts par un régime d'assurance maladie ;
- d'autre part, du II de l'article 33 de la LFSS pour 2004 qui prévoit une dérogation aux dispositions de droit commun et institue les TJP comme base de facturation pour les patients non couverts par un régime d'assurance maladie.

2) D'insérer un nouvel article dans le code de la sécurité sociale (article L.174-20) prévoyant la possibilité pour les établissements de santé, pour les soins programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L.6112-1 du code de la santé publique, de déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exception des patients bénéficiant de l'AME et des soins urgents et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française.

Autres options possibles :

Cette mesure pourrait également être envisagée dans le cadre d'une **expérimentation**.

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

Cette mesure a un impact financier sur les dépenses d'assurance maladie en contribuant à réduire le déficit hospitalier et donc les dotations de retour à l'équilibre consenties dans ce cadre.

Elle prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale comme comportant des effets sur les dépenses des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement (2° 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, de l'UNOCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 et la jurisprudence communautaires.

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

a) Possibilité de codification

Deux des articles à modifier sont d'ores et déjà codifiés. Le troisième le sera.

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 quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 a un impact sur les recettes des établissements de santé et donc sur les dépenses d'assurance maladie en permettant de réduire le déficit hospitalier et par là même les dotations de retour à l'équilibre et d'aide à la contractualisation consenties dans ce cadre.

Le montant total des dotations d'aide à la contractualisation versées en 2009 en soutien aux établissements déficitaires représente près de 500 M€

Ces aides apparaissent, en poids relatif, concentrées sur les centres hospitalo-universitaires (CHU). Ces établissements, qui bénéficient d'ores et déjà d'une attractivité internationale, sont directement visés par la mesure proposée qui a pour objectif de leur permettre de valoriser une offre de soins programmés à destination des patients étrangers fortunés.

A titre d'illustration, **les HCL et l'AP-HM, ont reçu respectivement 62 M€ et 21 M€**, en 2009, en aides contractuelles hors investissement.

Une première estimation de l'impact de la mesure pour les établissements concernés nous amène à considérer une **économie attendue de l'ordre de 5 M€ du dispositif**, soit 1% du montant total des AC consacré au soutien des établissements déficitaires. En effet, dans la mesure où les coûts des séjours hospitaliers sont de plusieurs milliers d'euros, les revenus pourraient être importants pour les établissements les plus attractifs.

A titre de prudence, ce chiffrage est conservé pour les années ultérieures, mais il faut le considérer comme un minorant.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
		5	5	5	5

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Il s'agit de contribuer à la réduction des déficits hospitaliers et de diminuer les dépenses des régimes d'assurance maladie.

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

Aucun

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

La mesure sera gérée par les Agences régionales de santé et les établissements de santé volontaires.

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

Elle nécessitera une adaptation des logiciels de facturation pour les établissements de santé volontaires.

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

Un décret définira les modalités d'application de la mesure. Il sera réalisé en concertation avec les fédérations hospitalières concernées et publié au cours du premier trimestre 2012.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

La mesure entrera en vigueur au cours de l'année 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune au vu du public ciblé de la mesure.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Les ARS pourront rassembler les éléments d'un bilan d'application de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Version actuelle	Version modifiée
<p>ARTICLE 33 de la LFSS pour 2004</p> <p>II.-Jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>ARTICLE 33 de la LFSS pour 2004</p> <p>II.-Jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie sous réserve des dispositions de l'article L.174-20 du code de la sécurité sociale et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>
<p>ARTICLE L.162-22-11 CODE DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du I du même article, servent de base à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, et à l'exercice des recours contre tiers.</p>	<p>ARTICLE L.162-22-11 CODE DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du I du même article, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie sous réserve des dispositions de l'article L.174-20 et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>
<p>ARTICLE L.174-3 CODE DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1, une tarification</p>	<p>ARTICLE L.174-3 CODE DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1, une tarification</p>

<p>des prestations fixée par arrêté servira de base :</p> <p>1°) à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie ;</p> <p>2°) au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;</p> <p>3°) à l'exercice des recours contre tiers.</p>	<p>des prestations fixée par arrêté servira de base :</p> <p>1°) à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie sous réserve des dispositions de l'article L.174-20 ;</p> <p>2°) au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;</p> <p>3°) à l'exercice des recours contre tiers.</p> <p>ARTICLE L.174-20 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE</p> <p>Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L.254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret.</p>
--	---

ARTICLE 41

PROLONGER DE 2 ANS L'EXPÉRIMENTATION DU CONTRÔLE DES ARRÊTS DE TRAVAIL DES FONCTIONNAIRES , REOUVRIER LE DELAI DE SIGNATURE DES CONVENTIONS LOCALES POUR PERMETTRE A DES COLLECTIVITES TERRITORIALES AYANT SIGNE UNE CONVENTION AVANT FIN 2011 DE PARTICIPER A L'EXPERIMENTATION A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2012 ET PERMETTRE LA TRANSMISSION AU COMITÉ MÉDICAL DES ÉLÉMENTS MÉDICAUX AYANT FONDE L'AVIS DU MÉDECIN CONSEIL EN CAS DE CONTESTATION DE LA DÉCISION DE L'ADMINISTRATION PRISE À LA SUITE DE CET AVIS

I. Présentation de la mesure

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

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a prévu d'expérimenter pendant deux ans le contrôle administratif et médical des arrêts maladie des fonctionnaires (d'Etat, hospitaliers et territoriaux) par les caisses primaires d'assurance maladie, soit jusqu'au 26 mars 2012.

Or, l'expérimentation a démarré tardivement, compte tenu des délais de mise en place des outils techniques et de la formation des sites expérimentateurs :

- pour la fonction publique d'Etat, l'expérimentation a concrètement débuté en octobre 2010 ;
- pour les fonctions publiques territoriales et hospitalières, compte tenu des délais plus longs laissés par la loi pour formaliser les relations entre caisses d'assurance maladie et collectivités territoriales ou établissements de santé, elle débutera à l'automne 2011.

Ces démarrages tardifs par rapport aux dates de signature des conventions cadres entre l'Etat et l'assurance maladie¹ devant marquer, comme le prévoyait la loi, le point de départ de l'expérimentation, ne permettront pas de dresser un bilan des mesures mises en œuvre dans les délais impartis.

Les premiers résultats qui commencent à être agrégés par la CNAMTS pour la fonction publique d'Etat² ne sont par ailleurs pas satisfaisants. Comme pour tout démarrage, une phase de montée en charge, de communication et de sensibilisation des acteurs a été nécessaire. Cette phase d'ajustement et de résolution des problèmes techniques (accès à l'outil, déconnexions intempestives) a dégradé les premiers résultats et ralenti considérablement le démarrage de l'expérimentation. Cette phase achevée, l'expérimentation devrait désormais pouvoir prendre toute son ampleur : la direction générale de l'administration et de la fonction publique et la direction de la sécurité sociale ont pour cela repris l'attache en septembre 2011 des services expérimentateurs afin de s'en assurer.

Il semble donc utile de permettre à l'expérimentation de monter en charge, afin d'avoir du recul sur l'impact de celle-ci et d'en évaluer tous les effets, la LFSS pour 2010 prévoyant qu'un rapport d'évaluation devait être remis dès octobre 2011 pour information au Parlement. Il est en outre nécessaire d'envoyer un signal fort aux administrations, afin de montrer que l'engagement du gouvernement dans la lutte contre la fraude se poursuit sur le long terme.

C'est la raison pour laquelle, il est proposé d'allonger de deux ans l'expérimentation.

- Concernant l'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, leur mise en œuvre était plus particulièrement subordonnée à la signature de conventions locales, enfermées dans des délais très stricts (3 mois après la signature des conventions cadres

¹La convention cadre nationale FPE a été signée le 26 mars 2010 et les conventions cadres nationales FPH et FPT ont toutes deux été signées le 25 juin 2010.

² Fin mai 2011, sur les 12% de fonctionnaires effectivement concernés, seuls 48% ont été contrôlés (le reste correspondant à des arrêts échus ou à des données incomplètes). La part des arrêts médicalement non justifiés ou d'absence à convocation s'élève à 20% (236 cas) et le taux de sanctions par l'administration à 5% (11 mises en demeure de reprise de fonctions).

nationales, elles mêmes signées dans un délai de 6 mois après la publication de la loi). Or, certaines collectivités locales ont délibéré et donc signé trop tardivement leurs conventions locales avec la CPAM, ce qui les a exclues de l'expérimentation, alors même qu'elles étaient désireuses de participer.

Aujourd'hui, il est donc proposé de permettre aux collectivités locales, qui se sont déclarées volontaires avant le 31 décembre 2011 mais n'ont pu signer leur convention locale dans des délais prévus par la LFSS pour 2010, de participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012.

- Enfin, le fonctionnaire qui souhaite contester une décision prise par son administration, suite à l'avis du service du contrôle médical, ne peut avoir recours à la « procédure d'expertise » prévue à l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale (CSS), mais peut saisir le « comité médical » prévu par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986. Ce comité médical a pour mission de donner un avis sur l'état de santé de l'agent dans différentes situations. Toutefois, dans le cadre de l'expérimentation, s'il peut bien être saisi en cas de contestation du fonctionnaire, il n'a pas été prévu que les éléments médicaux qui ont fondé l'avis du service du contrôle médical à l'origine de la décision de l'administration lui soient transmis.

L'absence de communication de ces éléments pose un problème en cas de contestation du fonctionnaire, car mènerait probablement à l'infirmité systématique de l'avis donné par le médecin conseil, ce qui déjugerait l'administration ayant fondé sa décision sur cet avis et viderait de son sens l'expérimentation.

Il apparaît donc indispensable de permettre cette transmission dans des conditions similaires, mais avec des adaptations, afin de tenir compte des spécificités du droit de la fonction publique, à celles qui encadrent la transmission des données médicales entre médecins dans le cadre de la procédure d'expertise médicale, qui garantissent notamment le respect du secret médical.

2. Présentation de la mesure retenue

Mesure proposée :

- Le premier volet de la mesure vise à prolonger de 2 ans l'expérimentation
- Le second volet vise à permettre aux collectivités locales qui ont déclaré vouloir participer au dispositif avant le 31 décembre 2011 mais n'ont pu signer leur convention locale dans les délais prévus par la LFSS pour 2010 de participer à l'expérimentation à compter de l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2012. Le délai n'est en revanche pas réouvert pour des collectivités locales qui ne se seraient pas manifestées avant le 31 décembre 2011 et souhaiteraient signer une convention après le 1^{er} janvier 2012.
- Le troisième volet vise à autoriser le médecin conseil à transmettre au comité médical, saisi par le fonctionnaire en cas de contestation de la décision prise par son administration suite à l'avis du médecin conseil, les éléments médicaux ayant fondé cet avis et à permettre ainsi au comité médical de prendre position en toute connaissance de cause sur les dossiers.

Autres options possibles

Ne pas prendre les mesures détaillées ci-dessus conduirait à renoncer à améliorer la lutte contre la fraude et notamment étendre aux fonctionnaires les règles de contrôle prévues au régime général pour lutter contre les arrêts maladie abusifs ou injustifiés.

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

Selon le D du V de l'article L. O 111-3 du CSS "peuvent également figurer dans la LFSS, dans les conditions et sous les réserves prévues aux A et aux 1°, 2°, et 3° du B et du C du présent V, les dispositions relatives aux organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'ONDAM". Dans la mesure où les dépenses pour maintien de rémunération des fonctionnaires en cas d'arrêt maladie figurent dans l'ONDAM, l'Etat constitue en ce sens l'un des organismes qui gère des dépenses relevant de l'ONDAM. Le coût des arrêts maladie des fonctionnaires de l'Etat est en effet évalué dans l'ONDAM pour un montant correspondant à ce que serait leur équivalent en dépenses d'indemnités journalières, soit environ 400 M€.

S'il n'est pas possible d'évaluer très précisément le volume d'arrêts de travail qui serait économisé du fait de la mise en œuvre de l'expérimentation, une estimation par assimilation avec le « rendement » du contrôle médical dans le régime général aboutirait, dans le cadre de l'expérimentation relative à la seule fonction publique d'Etat, à environ un millier d'interruptions d'arrêts de travail pour non-justification (voir impact financier *infra*). L'expérimentation permettra également d'améliorer la connaissance des arrêts de travail des fonctionnaires et de mieux cibler les actions de prévention à mener.

Par ailleurs, seize hôpitaux publics participent à l'expérimentation. Comme leurs dépenses sont financées par l'assurance maladie, la mise en œuvre de contrôle des arrêts de travail générera une économie directe pour cette dernière, notamment sur les crédits de personnels de remplacement.

L'expérimentation a aussi un impact sur le fonctionnement et l'organisation des caisses expérimentatrices.

Enfin, la disposition vise notamment à améliorer la lutte contre la fraude en étendant aux fonctionnaires les règles de contrôle prévues au régime général pour lutter contre les arrêts maladie abusifs ou injustifiés.

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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

a) La mesure applique-t-elle une mesure de 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

Non car il s'agit d'une expérimentation (prolongation/élargissement).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non car il est question de prolonger et d'élargir une expérimentation en cours.

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

Il n'est pas prévu que l'expérimentation se déroule dans les DOM et dans les collectivités d'outre mer. Les six sites expérimentateurs sont : Clermont-Ferrand, Lyon, Nice, Rennes, Strasbourg et Paris.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	non
Collectivités d'outre-mer	
-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

Rappel : S'il n'est pas possible d'évaluer très précisément le volume d'arrêts de travail qui entrera dans le cadre de l'expérimentation et le montant du maintien de salaire qui sera économisé du fait de la reprise anticipée du travail après contrôle, une estimation par assimilation avec le « rendement » du contrôle médical dans le régime général aboutirait, dans le cadre de l'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires d'Etat, à environ un millier d'interruptions d'arrêts de travail pour non-justification permettant la reprise anticipée de l'activité professionnelle³. En mai 2011, 236 cas

³ Pour le régime général, entre 13 % et 14 % des contrôles aboutissent à une interruption de l'arrêt de travail. Dans l'expérimentation, sur la base d'un taux de contrôle de 3,8 %, équivalent à celui pratiqué au plan national pour l'ensemble des arrêts maladie du régime - soit un volume de 7088 contrôles rapportés aux 176 708

d'arrêts non justifiés avaient été recensés⁴ depuis le démarrage de l'expérimentation à l'automne 2010. Aussi, on peut estimer à 1 M€ l'économie attendue de l'expérimentation s'agissant de la fonction publique de l'Etat. A noter que Le coût des arrêts maladie des fonctionnaires de l'Etat est évalué dans l'ONDAM pour un montant correspondant à ce que serait leur équivalent en dépenses d'indemnités journalières, soit environ 400 M€.

Par ailleurs, seize hôpitaux publics participent à l'expérimentation. Comme leurs dépenses sont financées par l'assurance maladie, la mise en œuvre de contrôle des arrêts de travail générera une économie directe pour cette dernière, notamment sur les crédits de personnels de remplacement. On peut également estimer à 1 M€ l'économie attendue de l'expérimentation.

Enfin, l'expérimentation a aussi un impact sur le fonctionnement et l'organisation des caisses expérimentatrices qui doivent dégager des moyens pour ce faire. Elle nécessite de mobiliser un peu moins de 2 ETP.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Part de l'ONDAM géré par l'Etat employeur		+ 1			
Régimes obligatoires d'assurance maladie		+ 1			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Les seules statistiques relatives aux arrêts maladie des fonctionnaires résultent d'une enquête réalisée en 2003 par la DGAFP et sont intégrées dans le rapport annuel sur l'état de la fonction publique (synthèse des résultats ci-dessous).

En 2003, 48,5 % des agents civils des ministères, qu'ils soient fonctionnaires ou non-titulaires, ont pris un congé ordinaire pour maladie : 20,9 % des agents ont pris un congé de moins de trois jours, et 27,6 % un congé de quatre jours ou plus.

3,7 % des agents ont, en revanche, obtenu un congé maladie de type long en raison d'une affection devenue invalidante ou suite à un accident de service. La gravité des cas explique la disproportion entre la faible part d'agents concernés et la part représentée par ce type de congés dans l'ensemble des jours de congés maladie.

En effet, les congés de longue durée, longue maladie et consécutifs à un accidents de service représentent seulement 6,5 % du nombre total d'arrêts recensés, mais entraînent 43,1 % des jours pris pour congé maladie sur l'année 2003. A l'inverse, 93,5 % des congés maladie sont de type ordinaire, et représentent seulement 56,9 % du volume total de jours de congés maladie.

En moyenne, un agent d'un ministère a pris 13 jours de congé pour maladie en 2003 : 7 jours de congés ordinaires de maladie et 6 jours de congés pour longue maladie, maladie de longue durée ou encore suite à un accident de service

Les volumes de jours de congé ordinaire de maladie sont supérieurs à la moyenne dans les ministères dont les agents ont des missions de « terrain » : l'Intérieur et la Justice et, dans une moindre mesure, la Défense et l'Équipement. Le taux de congés consécutifs à un accident de service atteint par exemple 13 % des effectifs dans les rangs de la Police nationale.

Les congés de longue maladie et les congés de longue durée concernent en revanche des pathologies spécifiques indépendantes des missions des ministères. On les trouve donc dans des proportions pratiquement équivalentes dans chaque ministère.

fonctionnaires de l'Etat concernés par l'expérimentation – on obtiendrait, à raison d'un taux de 13 % de contrôles donnant lieu à interruption de l'arrêt de travail, 921 interruptions d'arrêts.

⁴ Pour 20547 fonctionnaires s'étant vus prescrire un arrêt de travail.

Aucune statistique **sur le nombre de contrôles des arrêts maladie** n'est en revanche disponible. La prolongation de l'expérimentation devrait permettre d'améliorer la connaissance statistique des arrêts maladie des fonctionnaires et des contrôles pratiqués et de pouvoir disposer, par conséquent, de données comparables entre les secteurs privé et public, puisque l'expérimentation vise à dresser un état des lieux plus précis des arrêts maladie des fonctionnaires (fréquence et durée des arrêts, données financières, disparités par catégorie...).

b) impacts sociaux

La mesure doit permettre le retour anticipé dans l'emploi des fonctionnaires qui jouiraient d'arrêts de travail abusifs. Cet effet sera renforcé par le fait que les avis des médecins conseils s'imposeront à l'administration.

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 prolongation de la mesure rend éligible sur une plus longue période les fonctionnaires concernés par l'expérimentation aux contrôles menés par les CPAM sur les arrêts de travail des salariés du régime général.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Au vu de la masse de fonctionnaires concernés (176 700 pour la fonction publique d'Etat, 41 400 pour la fonction publique hospitalière et 10 000 pour la fonction publique territoriale) et du nombre d'arrêts de travail potentiellement contrôlés (plus de 7000 pour la seule fonction publique d'Etat), la mise en œuvre de cette mesure mobilise fortement les services des caisses choisies et le service médical de l'assurance maladie.

Si l'expérimentation a été mise en œuvre à effectifs constants pour les services des caisses et administrations concernées, la CNAMTS évalue en première approche à l'équivalent de 1,76 ETP les effectifs nécessaires aux contrôles prévus pour l'ensemble de l'expérimentation.

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

Cette expérimentation a en effet nécessité la création d'un logiciel spécifique de suivi de l'expérimentation par la CNAM, qui se charge également de sa maintenance évolutive pour répondre aux demandes des administrations expérimentatrices.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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

- Arrêté listant les collectivités territoriales ayant déclaré vouloir participer au dispositif et signé des conventions locales entre la fin du délai de signature des conventions locales prévu par la LFSS pour 2010 et la date d'entrée en vigueur de la LFSS pour 2012.

- Les deux décrets autorisant les traitements de données à caractère personnel après avis de la CNIL (décret du 17 septembre 2010 pour la FPE et décret en cours de contreseing pour la FPH et la FPT) devraient être modifiés pour prendre acte du prolongement de 2 ans.

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 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les administrations, établissements de santé et collectivités territoriales participant à l'expérimentation informeront les fonctionnaires relevant de leur ressort que l'expérimentation du contrôle de leurs arrêts de travail est prolongée de deux ans.

Par ailleurs, les fonctionnaires des collectivités territoriales qui participeront à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012 seront informés par leur employeur.

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 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, efficience) ?

Conformément à l'article 91 de la LFSS pour 2010, l'expérimentation fait l'objet d'un rapport au Parlement. Par ailleurs, il est prévu un suivi de la mesure par un comité de pilotage composé des administrations centrales, des participants à l'expérimentation, de la CNAMTS et des CPAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 91 actuel du PLFSS pour 2010	Article XX du PLFSS pour 2012
<p>Afin d'harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés se trouvant dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail, le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d'origine non professionnelle des personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est confié, à titre expérimental et par dérogation à l'article 35 de la même loi, aux caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d'elles. Cette expérimentation s'applique aux arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.</p> <p>I. - L'expérimentation porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail, tel que prévu aux I, II, IV bis et V de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, et le contrôle des heures de sortie autorisées, tel que prévu au 3° de l'article L. 323-6 du même code. Toute personne mentionnée à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée est tenue de se soumettre aux contrôles organisés, dans le cadre de l'expérimentation, par le service du contrôle médical et la caisse primaire. La caisse informe l'administration lorsque la personne qui doit faire l'objet de ces contrôles ne respecte pas cette obligation. Lorsque le service du contrôle médical estime que la prescription d'un arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe l'administration. L'avis rendu par le service du contrôle médical s'impose à l'administration.</p> <p>Lorsque les agents de la caisse primaire d'assurance maladie constatent l'absence du domicile en dehors des heures de sortie autorisées et le caractère volontaire de l'inobservation de cette obligation, la caisse en informe l'administration.</p> <p>La liste des administrations, des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la fonction publique et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du</p>	<p>Afin d'harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés se trouvant dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail, le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d'origine non professionnelle des personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est confié, à titre expérimental et par dérogation à l'article 35 de la même loi, aux caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d'elles. Cette expérimentation s'applique aux arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.</p> <p>I. - L'expérimentation porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail, tel que prévu aux I, II, IV bis et V de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, et le contrôle des heures de sortie autorisées, tel que prévu au 3° de l'article L. 323-6 du même code. Toute personne mentionnée à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée est tenue de se soumettre aux contrôles organisés, dans le cadre de l'expérimentation, par le service du contrôle médical et la caisse primaire. La caisse informe l'administration lorsque la personne qui doit faire l'objet de ces contrôles ne respecte pas cette obligation. Lorsque le service du contrôle médical estime que la prescription d'un arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe l'administration. L'avis rendu par le service du contrôle médical s'impose à l'administration.</p> <p>Lorsque les agents de la caisse primaire d'assurance maladie constatent l'absence du domicile en dehors des heures de sortie autorisées et le caractère volontaire de l'inobservation de cette obligation, la caisse en informe l'administration.</p> <p>La liste des administrations, des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la fonction publique et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du</p>

<p>directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention définit également les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi.</p>	<p>directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention définit également les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi.</p>
<p>II. - En cas de non-respect de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical et la caisse primaire, l'administration peut interrompre le versement de la rémunération.</p>	<p>II. - En cas de non-respect de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical et la caisse primaire, l'administration peut interrompre le versement de la rémunération.</p>
<p>En cas de non-respect des heures de sortie autorisées, non justifié par des soins ou des examens médicaux, l'administration peut retenir une partie de la rémunération, dans la limite de 50 %.</p>	<p>En cas de non-respect des heures de sortie autorisées, non justifié par des soins ou des examens médicaux, l'administration peut retenir une partie de la rémunération, dans la limite de 50 %.</p>
<p>En cas d'absence de justification médicale de l'arrêt de travail, l'administration enjoint le fonctionnaire à reprendre ses fonctions sous peine d'interruption du versement de sa rémunération. Le fonctionnaire doit reprendre ses fonctions sans délai, dès notification de la décision administrative, sauf à saisir le comité médical de l'avis du service du contrôle médical.</p>	<p>En cas d'absence de justification médicale de l'arrêt de travail, l'administration enjoint le fonctionnaire à reprendre ses fonctions sous peine d'interruption du versement de sa rémunération. Le fonctionnaire doit reprendre ses fonctions sans délai, dès notification de la décision administrative, sauf à saisir le comité médical de l'avis du service du contrôle médical.</p>
<p>III. - Le comité médical compétent peut être saisi par le fonctionnaire de l'avis rendu par le service du contrôle médical.</p>	<p>III. - Le comité médical compétent peut être saisi par le fonctionnaire de l'avis rendu par le service du contrôle médical dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée.</p>
<p>Les décisions prises par l'administration en application du II peuvent être contestées par les voies de recours gracieux ou hiérarchique et de recours contentieux devant la juridiction administrative compétente.</p>	<p>Le fonctionnaire doit présenter une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé auprès du comité médical.</p>
<p>IV. - L'expérimentation prévue au présent article prend effet à compter de la signature de la convention prévue au dernier alinéa du I, pour une durée de deux ans. Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation, au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation.</p>	<p>Le comité médical informe le service du contrôle médical compétent de la demande du fonctionnaire.</p>
<p>V. - L'expérimentation prévue au présent article s'applique également aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, par dérogation à l'article 58 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'une collectivité territoriale volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.</p>	<p>Dès qu'il est informé de la demande, le service du contrôle médical établit un protocole mentionnant obligatoirement :</p>
<p>La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une</p>	<p>1°) l'avis du médecin nommé désigné ; 2°) l'avis du médecin conseil accompagné de tous les éléments et pièces justificatives d'ordre médical ayant motivé cet avis ; 3°) les motifs invoqués par le fonctionnaire à l'appui de la demande ; 4°) l'énoncé de la question posée au comité médical.</p> <p>La caisse adresse au comité médical ce protocole, dans les quinze jours qui suivent la réception de la demande, par pli</p>

convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des collectivités territoriales et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les collectivités territoriales volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et collectivités territoriales expérimentatrices, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention-cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.

L'expérimentation s'applique dans les mêmes conditions aux personnes mentionnées à l'[article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986](#) portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par dérogation à l'article 42 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'un établissement public de santé volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les établissements publics de santé volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et établissements publics de santé expérimentateurs, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la

recommandé avec demande d'avis de réception.

Le comité médical établit ses conclusions motivées en triple exemplaire et adresse, le premier exemplaire au fonctionnaire, le second à l'administration et le troisième au service du contrôle médical de la caisse.

Les décisions prises par l'administration en application du II peuvent être contestées par les voies de recours gracieux ou hiérarchique et de recours contentieux devant la juridiction administrative compétente.

IV. - L'expérimentation prévue au présent article prend effet à compter de la signature de la convention prévue au dernier alinéa du I, pour une durée de ~~deux~~ **quatre ans**. Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation, au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation.

V. - L'expérimentation prévue au présent article s'applique également aux personnes mentionnées à l'[article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984](#) portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, par dérogation à l'article 58 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'une collectivité territoriale volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des collectivités territoriales et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les collectivités territoriales volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et collectivités territoriales expérimentatrices, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention-cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa

<p>convention-cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.</p>	<p>précédent.</p> <p>L'expérimentation s'applique dans les mêmes conditions aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par dérogation à l'article 42 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'un établissement public de santé volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.</p> <p>La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les établissements publics de santé volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.</p> <p>Des conventions locales, signées entre les caisses et établissements publics de santé expérimentateurs, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention-cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.</p> <p>Les collectivités territoriales qui ont signé des conventions sur la base du V du présent article entre la fin du délai de signature prévu à ce même article et le 31 décembre 2011 sont autorisées à participer à l'expérimentation à compter du 1er janvier 2012.</p>
--	---

ARTICLE 42

GARANTIE DU MAINTIEN DE LA PRISE EN CHARGE À 100% DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE DES AFFILIÉS DU RÉGIME MINIER ET DE LEURS AYANTS DROIT

I. Présentation de la mesure

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

L'article 186 du décret du 27 novembre 1946 relatif au régime de sécurité sociale dans les mines prévoit la prise en charge à 100% des dépenses de santé.

Plusieurs textes législatifs sont néanmoins intervenus pour prévoir la participation de l'assuré dans les régimes spéciaux. La participation forfaitaire de 1€ et les franchises médicales découlant respectivement de la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 sont ainsi applicables au régime minier comme dans tous les autres régimes d'assurance maladie en application de l'article L.711-7 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, essentiellement pour des raisons qui tiennent aux modalités de prise en charge des affiliés du régime minier dans les structures de soins qu'il gère en interne (absence d'avance de frais), l'application de ces deux dispositifs n'a pas été mise en œuvre. En contrepartie, le Gouvernement a mis fin par un décret du 31 décembre 2009, aux modalités plus favorables de prise en charge des affiliés, disparates d'une région à l'autre, en matière de transport en ambulance, de cures thermales et de remboursements de produits pharmaceutiques, maintenues provisoirement par le décret 24 décembre 1992.

Dans le cadre d'un document d'orientation sur l'avenir du régime minier, présenté le 12 mai 2011 aux fédérations syndicales minières, le Gouvernement s'est engagé à garantir, au niveau de la loi, une prise en charge effective à 100% des dépenses de soins des affiliés du régime afin de garantir les affiliés de toute mesure de déremboursement passée ou à venir.

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

Mesure proposée :

Garantie de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie, mentionnées au chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale, pour les assurés du régime minier et leurs ayants droit.

Autres options possibles :

Il n'existe pas d'autre option possible s'agissant d'un engagement formel du Gouvernement, pris lors des concertations menées avec les fédérations syndicales minières dans le cadre de la réforme du régime. Cet engagement est acté dans le document d'orientation présenté le 12 mai 2011 et confirmé dans un courrier du 30 juin suivant du ministre du travail, de l'emploi et de la santé aux présidents de ces fédérations.

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

Cette mesure relative aux prestations de l'assurance maladie concerne une dépense du régime minier, en tant que régime obligatoire de base de l'assurance maladie, et ce à hauteur de 9 M€ en année pleine.

Elle prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale comme mesure ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement visées au 2° 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Non, les règles relatives au régime spécial de sécurité sociale dans les mines ne sont pas codifiées. La mesure législative envisagée en faveur des affiliés de ce régime n'a pas vocation à l'être.

b) abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure proposée concerne l'ensemble des affiliés du régime minier et leurs ayants droit, quel que soit leur lieu de résidence sur l'ensemble du territoire français.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier :

La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) a évalué le coût de la mesure à 9 M€ par an, pour les deux dispositifs cumulés de participation (forfait 1€ et franchise médicale).

Cette estimation est reprise dans le rapport du député Yves Bur sur l'avenir du régime minier.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CANSSM / CDC		-9	-9	-9	-9

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Aucun

b) impacts sociaux

En garantissant par la loi le maintien de la gratuité des soins qui caractérise le régime minier, le Gouvernement entend préserver les affiliés de ce régime de toutes mesures de déremboursement qui pourraient intervenir à l'avenir. Conjuguée à d'autres mesures décidées en matière d'action sociale, cette garantie devrait permettre qu'aucun affilié du régime minier n'ait à renoncer aux soins.

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

La mesure sera gérée par la CANSSM.

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

Elle n'a pas d'impact sur la charge administrative, sinon celui d'une adaptation nécessaire du système informatiques de la CANSSM.

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

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 applicable dès le 1^{er} janvier 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure favorable aux assurés miniers a déjà fait l'objet d'une large information, par voie de communiqué de presse, de courriers aux instances du régime ou dans le cadre des concertations menées avec les fédérations syndicales

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

La CANSSM produira les données d'évaluation nécessaires.

ARTICLE 43

SUPPRIMER LE LIEN ENTRE LE DROIT À L'ASSURANCE MALADIE ET LE BÉNÉFICE D'UN VERSEMENT FORFAITAIRE UNIQUE DE (VFU) DE PENSION VIEILLESSE

I. Présentation de la mesure

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

Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse, quelle que soit leur durée d'assurance, ont aujourd'hui droit aux prestations en nature d'assurance maladie, du fait de leur qualité de pensionné.

Ce droit est ouvert à tous les pensionnés, y compris ceux qui bénéficient d'une très faible pension (moins de 150,93 euros par an), à laquelle est substitué un versement forfaitaire unique (VFU), égal à quinze fois le montant annuel de la pension.

Ainsi, des personnes ayant très faiblement cotisé à l'assurance vieillesse française et dont la pension a été liquidée une fois pour toutes sous forme de capital, qui dépendent donc d'autres revenus au quotidien, disposent d'une couverture maladie complète et durable, quasiment sans lien contributif passé ou présent avec la protection sociale française. Une cotisation maladie peut être retenue sur le VFU au moment de la liquidation : au taux maximal de CSG/CRDS et au plafond du VFU, cette cotisation est de 160 € (150,93 x 15 x 7,1%), en regard d'une couverture maladie pour toute la durée de la retraite, tirée de leur qualité de pensionné.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée vise à supprimer, pour les bénéficiaires d'un VFU, le lien entre qualité de pensionné et bénéfice de l'assurance maladie. Les intéressés continueront de bénéficier d'une couverture maladie, mais à un autre titre que celui de pensionné, et dans des conditions différentes : en tant qu'ayant-droit, bénéficiaire de la CMU ou, le cas échéant, à la charge du régime étranger qui leur sert leur pension principale.

Deux types de population sont concernés : d'une part des personnes ayant exercé une très faible activité professionnelle et bénéficiant d'autres ressources, d'autre part, et dans une proportion réduite, des personnes ayant essentiellement exercé une activité à l'étranger (et cotisé pour d'autres régimes de protection sociale).

Pour la première population, la suppression du droit à l'assurance maladie tiré de la qualité de pensionné conduit à une affiliation à la CMU, à l'exception des personnes qui pourraient se prévaloir de la qualité d'ayant-droit. La suppression est donc sans effet sur les prestations dont bénéficie l'intéressé, mais a pour conséquence un assujettissement dans les conditions de droit commun (8% des revenus perçus au cours de l'année précédente dépassant le plafond de 9029 euros).

Pour la seconde population, plus réduite, constituée de personnes qui ont, par ailleurs, des pensions étrangères, l'application des règles européennes (règlements européens de coordination en matière de sécurité sociale, dont une illustration des règles figure dans le tableau ci-après) devrait conduire à reporter la charge de l'assurance maladie sur le régime européen auquel l'intéressé a le plus longtemps cotisé. En France et dans l'UE, les prestations continueront d'être servies, mais seront remboursées par ce régime étranger. A ce titre une moindre dépense est attendue de cette mesure.

La modification du régime de sécurité sociale applicable aux bénéficiaires d'un VFU relève du domaine de la loi. Les dispositions à modifier figurent dans la partie législative du code de la sécurité sociale.

Illustration des règles de coordination européennes

- Un retraité allemand (ou de toute autre nationalité européenne) qui a effectué toute sa carrière en Allemagne et réside en France bénéficie des prestations de l'assurance maladie française, à la charge de l'Allemagne.
- En revanche, s'il a fait valoir des droits à pension en France, même pour 3 mois d'activité pendant ses études, ces prestations seront à la charge de la France.
- Après la réforme, ces prestations seront à la charge de l'Allemagne, sauf si la pension française dépasse le seuil du VFU.
- A noter : en Allemagne, le droit aux prestations en nature est ouvert aux pensionnés qui ont cotisé pendant 5 ans.

Autres options possibles :

Une alternative consisterait à introduire une durée minimale de cotisation au régime de pensions (par exemple 20 trimestres) pour ouvrir droit aux prestations en nature. Cette réforme modifierait plus substantiellement le régime de protection sociale des pensionnés.

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

La mesure a un effet sur les dépenses des régimes d'assurance maladie (basculement à la charge de régimes étrangers, pour la seconde population) et sur leurs recettes (une fraction de la première population sera soumise à cotisation au titre de la CMU).

Elle prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale comme comportant principalement des effets directs sur les dépenses des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale). Elle a également des effets sur les recettes des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement (2° du C du V de ce même article LO 111-3).

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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 (définition des régimes de sécurité sociale et fixation des conditions d'ouverture des droits aux prestations) 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, notamment les règlements de coordination en matière de sécurité sociale.

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

- a) Possibilité de codification

Cette mesure passe par la modification de dispositions du code de la sécurité sociale : articles L. 161-5 CSS (sur les prestations en nature de l'assurance maternité) et L. 311-9 CSS (sur les prestations en nature de l'assurance maladie) pour préciser que ces prestations sont ouvertes aux pensionnés, mais non aux bénéficiaires d'un VFU.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

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

La mesure est applicable aux régimes intervenant dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 est avant tout une mesure d'équité entre les pensionnés résidant en France. Son impact financier est limité, notamment car la mesure vise le flux des nouveaux VFU, et non le stock, afin de ne pas remettre en cause les droits acquis.

En 2009, la CNAV a versé 7835 VFU, dont 6718 (86%) pour des résidents en France, qui sont à la charge de l'assurance maladie française, 7% pour des résidents d'autres pays de l'UE (a priori à la charge du pays de résidence, sauf s'il ne bénéficient d'aucune pension versée par celui-ci) et 4% en Algérie (en application de la convention bilatérale de sécurité sociale la France rembourse forfaitairement les soins de santé des pensionnés français résidant en Algérie, mais à des coûts très inférieurs aux coûts en France).

Parmi ce flux de 6700 résidents qui ont touché un VFU et résident en France, 2% (soit près de 130 personnes) bénéficient par ailleurs d'une autre pension européenne. Pour cette dernière population, l'impact est une moindre dépense qu'on peut estimer à 5 352,79 euros par an par personne (pour l'exercice 2009 dernier montant disponible), ce qui correspond au coût moyen des soins d'un pensionné français, montant du forfait que la France facture aux régimes étrangers pour les pensionnés qui résident en France mais dont les soins ne sont pas à sa charge, soit une moindre dépense de près de 700K€. Cet impact immédiat est modeste, mais est appelé à croître compte tenu du développement de la mobilité des pensionnés en Europe et l'allongement de la durée des pensions.

Pour les 98% de personnes qui ne bénéficient pas d'autres pensions européennes, on ne peut connaître a priori la part des pensionnés qui basculeraient à la CMU ou pourraient se prévaloir de droits dérivés à l'assurance maladie française (qualité d'ayant droit). D'autre part ni la CNAV ni la CNAMTS ne disposent d'informations sur leur niveau de ressources, qui seront nécessaires en cas de demande de CMU. Dans l'hypothèse où cette population bénéficie du même niveau moyen de ressource que les actuels bénéficiaires de la CMU, la proportion de cotisants sera très faible, et l'impact positif en recettes également. Pour les personnes bénéficiant d'autres ressources, celles-ci seront assujetties dans les conditions de droit commun (8% des revenus perçus au cours de l'année précédente dépassant le plafond de 9029 euros).

Le chiffre figurant dans le tableau ci-dessous doit donc être regardé comme celui de l'effet minimal de la réforme.

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>				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Régimes de base de l'assurance maladie		+ 0,7	+ 0,7	+ 0,8	+ 0,8

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Rééquilibrage des conditions d'accès à une couverture maladie par rapport à ceux de nos voisins européens qui prévoient des conditions plus strictes (par exemple une durée d'assurance de 5 ans en Allemagne), afin d'éviter les effets d'aubaine, compte tenu de l'attractivité du territoire français pour les pensionnés du nord de l'Europe.

b) impacts sociaux

La mesure n'aura pas pour effet de priver les intéressés de droit à l'assurance maladie mais leurs conditions d'accès à ces prestations seront différentes (notamment en cas de passage à la CMU). Une petite partie des intéressés sera conduite à acquitter légitimement une cotisation au titre de la CMU.

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

Une petite partie des intéressés sera conduite à acquitter une cotisation au titre de la CMU. Moins de 8000 personnes touchent, chaque année, un VFU et seront donc affectées par cette mesure. Celles d'entre elles qui bénéficieront de la CMU seront assujetties à la cotisation correspondante dans les conditions de droit commun, en fonction de leurs ressources. Cette mesure est une modification d'équité par rapport aux autres pensionnés sur les versements des pensions desquels sont prélevés des cotisations sociales. C'est également une modification d'équilibre par rapport à la législation de nos voisins européens, visant à éviter l'effet d'aubaine pour des pensionnés ayant travaillé quasiment exclusivement à l'étranger, mais également un minimum en France, et dont la charge de l'assurance maladie doit ainsi légitimement peser sur le régime auquel ils ont cotisé durant leur vie active.

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

Augmentation faible de la population couverte par la CMU.

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

Réduction de la charge administrative liée au suivi de ces pensionnés au titre de leurs droits ouverts à l'assurance maladie, du fait du basculement dans le régime de droit commun des ayants droits ou des bénéficiaires de la CMU.

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

Un décret en Conseil d'Etat est nécessaire pour modifier le R. 351-26 du code de la sécurité sociale. Il sera pris au cours du premier trimestre 2012.

2. Existence de mesures transitoires ?

Au titre des droits acquis, les titulaires du VFU continueront à bénéficier de la prise en charge des prestations en nature d'assurance maladie. La réforme sera appliquée au flux des nouveaux VFU, au moment de la liquidation des pensions sous forme de capital.

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

La mesure sera appliquée aux flux de VFU à compter de 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sera faite par les caisses d'assurance vieillesse dans le cadre des demandes de liquidation des pensions

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Articles actuels du code de la sécurité sociale	Articles modifiés du code de la sécurité sociale
<p>Art. L. 161-5 du code de la sécurité sociale</p> <p>Le titulaire, soit d'une pension ou rente de vieillesse, soit d'une pension de réversion qui n'exerce aucune activité professionnelle a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maternité.</p> <p>Art. L. 311-9 du code de la sécurité sociale</p> <p>Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 sans limitation de durée pour tout état de maladie; toutefois, en cas d'hospitalisation d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Art. L. 161-5 du code de la sécurité sociale</p> <p>Le titulaire, soit d'une pension ou rente de vieillesse, soit d'une pension de réversion qui n'exerce aucune activité professionnelle a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maternité, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle visée à l'article L. 351-9.</p> <p>Art. L. 311-9 du code de la sécurité sociale</p> <p>Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 sans limitation de durée pour tout état de maladie sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle visée à l'article L. 351-9 ; toutefois, en cas d'hospitalisation d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>

ARTICLE 44

SUSPENSION DE LA PENSION D'INVALIDITE DU REGIME GENERAL EN CAS DE PERCEPTION D'UNE RETRAITE A RAISON DE LA PENIBILITE AU TITRE DES NON-SALARIES AGRICOLES

I. Présentation de la mesure

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

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a ouvert un droit à retraite à taux plein dès l'âge de soixante ans pour les personnes dont l'état de santé s'est dégradé pour des raisons imputables au travail. Cette législation nouvelle concerne les salariés du régime général, aux salariés du régime agricole et aux travailleurs non-salariés des professions agricoles. Lorsque le droit à retraite à raison de la pénibilité est reconnu, ce droit peut être ouvert dans l'ensemble des régimes dans lesquels cette retraite existe, y compris si l'incapacité permanente dont justifie l'assuré n'a été reconnue que par un seul de ces régimes.

La pension d'invalidité versée aux assurés du régime général prend normalement fin à l'âge légal du départ en retraite. Son versement est toutefois suspendu dans les différents cas de liquidation d'une retraite anticipée. Aussi, la loi portant réforme des retraites a modifié l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale afin d'ajouter aux cas de suspension auparavant prévus (carrières longues, travailleurs handicapés) celui de la liquidation d'une retraite à raison de la pénibilité. Les dispositions ainsi adoptées permettent de mettre fin au versement de la pension d'invalidité servie par le régime général en cas de perception d'une retraite anticipée pour pénibilité servie par ce régime. Elles s'appliquent également au cas de la perception d'une retraite anticipée pour pénibilité servie par le régime des salariés agricoles, par jeu de renvoi, sur ce point, entre le code de la sécurité sociale et le code rural.

Tel n'est pas le cas des non-salariés agricoles qui font l'objet de dispositions propres. Or, la législation en vigueur n'a pas prévu le cas de l'assuré bénéficiaire à la fois d'une pension d'invalidité du régime général et d'une retraite anticipée pour pénibilité au titre du régime des non-salariés agricoles. Dès lors, deux cas de figure peuvent se présenter :

- soit la personne bénéficiaire d'une retraite anticipée pour pénibilité au titre des non-salariés agricoles demande également, en application des règles de coordination, la liquidation de la retraite anticipée pour pénibilité dans le régime général : dans ce cas, les dispositions de l'article L. 341-14-1 trouvent à s'appliquer et la pension d'invalidité du régime général est suspendue ;
- soit cette personne ne demande pas la liquidation de la retraite pour pénibilité dans le régime général : dans ce cas, la pension d'invalidité servie par ce régime continue de lui être versée. Cette situation induit une inégalité de traitement avec les salariés agricoles : en effet, l'assuré bénéficiaire d'une retraite anticipée pour pénibilité au titre du régime des salariés agricoles, qui ne demanderait pas la liquidation de la retraite pour pénibilité dans le régime général, verrait néanmoins sa pension d'invalidité du régime général suspendue.

Il convient donc d'ajouter aux cas de suspension de la pension d'invalidité du régime général celui de la perception d'une retraite anticipée pour pénibilité servie par le régime des non-salariés agricoles.

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

Mesure proposée :

Il s'agit de modifier l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale, afin de permettre la suspension de la pension d'invalidité versée par le régime général en cas de liquidation d'une retraite anticipée pour pénibilité servie par le régime des non-salariés agricoles.

Autres options possibles :

Néant.

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

La mesure proposée relève de la loi et trouve sa place dans le PLFSS dès lors qu'elle diminue les dépenses liées au service de la pension d'invalidité du régime général, prestation financée par l'assurance maladie à hauteur de 1,5 M€ en année pleine (2° 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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) ?

Elle est compatible avec le droit européen en vigueur.

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

a) Possibilité de codification

Oui : il s'agit de modifier une disposition existante 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 est applicable dans 4 DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 direct, l'objet étant de permettre la suspension de pensions d'invalidité qui, sans cette mesure, seraient versées à tort.

La mesure n'est pas une mesure de rendement, mais de mise en cohérence des législations. Pour que cette mesure trouve à s'appliquer, il faut d'une part que l'assuré bénéficie à la fois d'une pension d'invalidité du régime général et d'une retraite anticipée pour pénibilité servie par le régime des non-salariés agricoles, d'autre part qu'il ne demande pas la liquidation d'une retraite anticipée dans le régime général bien que les règles de coordination l'y autorisent.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 R	2013 P	2014	2015

Branche maladie du régime général		750 000 €	1,5 M€		
-----------------------------------	--	-----------	--------	--	--

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

La mesure rétablit une égalité de traitement avec les assurés bénéficiaires d'une retraite pour pénibilité au titre du régime des salariés agricoles qui, s'ils ne demandaient pas la liquidation de la retraite pour pénibilité dans le régime général, verrait néanmoins leur pension d'invalidité du régime général suspendue.

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

La mesure sera gérée par les CPAM et les CGSS.

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

La mesure sera intégrée dans les systèmes d'information des caisses concernées.

d) impact budgétaire

La mise en œuvre de la mesure n'entraîne pas de coûts budgétaires supplémentaires.

e) impact sur l'emploi

La mesure ne nécessite ni emplois supplémentaires, ni formations particulières et sera gérée par les personnels déjà en poste.

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

C'est une mesure d'application directe ne nécessitant donc pas de textes d'application.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

La mesure entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

La perception d'une pension d'invalidité fait partie des informations que l'assuré doit donner sur sa situation personnelle dans le cadre de sa demande de retraite pour pénibilité. Il sera donc informé du fait que sa pension d'invalidité sera suspendue.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 341-14-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 341-14-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4, L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 du présent code, ou des articles L. 732-18-1 ou L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 322-3 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.</p>	<p>Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4, L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 du présent code, ou des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2 ou L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 322-3 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.</p>

ARTICLE 45

MAINTIEN DU FINANCEMENT DE L'ATIH PAR LE FMESPP

I. Présentation de la mesure

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

Le financement de l'ATIH est aujourd'hui prévu au III ter de l'article 40 modifié de la LFSS pour 2001 qui prévoit que « *le fonds peut prendre en charge le financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation* ».

Ces dispositions permettent à l'ATIH de percevoir un financement pour ses missions de conception et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la LFSS pour 2007, qui vise l'expérimentation de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation, qui doit juridiquement prendre fin au 1er janvier 2012 et qu'il n'est pas envisagé de prolonger.

Or, l'ATIH porte également d'autres missions qui relèvent d'un financement par le FMESPP, à titre d'exemple :

- il faut rappeler que jusqu'au 1^{er} janvier 2011, la mission de la tarification à l'activité menait un certain nombre d'études en lien avec le financement des établissements de santé. Ces études, qui sont désormais portées par l'ATIH, restent nécessaires et doivent se poursuivre.

-sur l'année 2012, l'ATIH sera fortement sollicitée dans le cadre du projet de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), avec notamment des marchés qu'il faut financer.

Aussi, faut-il prévoir la possibilité de financer cette agence par le FMESPP en fonction des missions qui lui sont confiées par l'administration.

Pour information, ainsi que le prévoit l'article 4 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les ressources de l'ATIH sont également constituées par une dotation globale, le produit des redevances de services rendus ainsi que des produits divers, dons et legs.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de prévoir que l'ATIH puisse continuer à bénéficier, en sus des financements qu'elle perçoit pour assurer son fonctionnement, de crédits FMESPP pour remplir des missions ponctuelles.

Les dispositions relatives au FMESPP sont des dispositions non codifiées. Il est proposé de remplacer le III ter de l'article 40 modifié de la LFSS pour 2001 par un nouveau III ter afin de permettre l'octroi de crédits FMESPP à l'ATIH pour la réalisation de missions d'expertise ponctuelles.

Autres options possibles :

Il n'y a pas d'autre option possible.

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

Cette mesure a un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base ou sur les dépenses de l'année des organismes concourant à leur financement qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes (1° du B du V de l'article LO 111-3 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 de l'Etat français.

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, il s'agit de modifier des dispositions transitoires de la LFSS pour 2001, qui 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

Sans objet, il s'agit d'une mesure relative au financement d'un établissement public de l'Etat.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier pour l'assurance maladie, qui finance le FMESPP, est connu pour l'année 2012 ; il est lié au rôle confié à l'ATIH dans le cadre du projet de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES). Cet impact sera de 3,716 millions d'euros.

Ensuite cet impact dépendra des missions d'expertise qui seront confiées à l'ATIH.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Assurance maladie (FMESPP)		- 3,716			

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

Sans objet

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

Sans objet, ce financement existe déjà

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

Sans objet, ce financement existe déjà

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

Arrêté ministériel annuel, santé, sécurité sociale et budget fixant le montant de la subvention FMESPP de l'ATIH.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Sans objet, ce financement existe déjà

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

La mesure est suivie dans le cadre du rapport annuel de la CDC sur l'utilisation du FMESPP, qui est transmis chaque année au Parlement.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

III ter actuel de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	III ter modifié de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001
Le fonds peut prendre en charge le financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.	Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

ARTICLE 46

DOTATION 2012 DU FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITE ET LA COORDINATION DES SOINS (FIQCS)

I. Présentation de la mesure

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

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.

Ce fonds contribue 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, 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 CNG¹. Au niveau régional, les 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

Mesure proposée :

La présente mesure a pour objet de fixer le montant de ce fonds pour 2012.

Pour 2012, il est proposé de fixer le montant des recettes du FIQCS à 250 M€, soit au même niveau que 2011. La fixation d'une dotation à ce niveau permet d'assurer le financement des mesures nouvelles en 2012 tout en limitant le prélèvement sur le fonds de roulement. Ainsi, à l'issue de l'exercice 2012, il est prévu que le fonds de roulement du FIQCS s'élève à 33M€.

La dotation nationale (65M€) financera :

- le déploiement du dossier médical personnel (DMP) ;
- l'accompagnement du développement des plans de santé publique ;
- la montée en charge du contrat d'engagement de service public (CESP) ;
- la poursuite du déploiement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ;

¹ 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.

- les frais de gestion et d'évaluation des politiques du FIQCS et la construction de son système d'information.

La dotation régionale (206M€) financera :

- le soutien à la mise en place, par les ARS, de l'organisation des soins de premier recours ;
- les réseaux de santé ;
- l'implantation des maisons médicales de garde et des dispositifs de régulation médicale ;
- des actions visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

Autres options possibles :

Aucune, au regard de l'article 94 de la LFSS pour 2007.

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 l'assurance maladie trouve sa place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° 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, de l'UNOCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

La fixation de la dotation du fonds n'est pas codifiée étant annuelle.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Le FIQCS intervient dans quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), ainsi qu'à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Régimes obligatoires d'assurance maladie		- 250M€			

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

Aucun impact.

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

Les dotations du FIQCS sont gérées en région par les Agences régionales de santé (ARS).

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

Négligeable.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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 directe. La répartition entre les régimes d'assurance maladie fait l'objet d'un arrêté 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 région par les 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'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Le financement des nouveaux projets et le renouvellement des financements 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 à la politique nationale d'évaluation mise en œuvre par la circulaire du 2 mars 2007.

Par ailleurs, le Contrat national de gestion (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 annuel d'activité du FIQCS.

ARTICLE 46 - II

FIXATION DU MONTANT DE LA DOTATION AU FONDS DE MODERNISATION DES ETABISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES DE SANTE (FMESPP) POUR 2012

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.

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 »

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

Mesure proposée :

La présente mesure a donc pour objectif de déterminer la dotation des régimes d'assurance maladie au Fonds pour l'année 2012

L'évaluation des besoins de financement au titre du FMESPP conduit à fixer le montant de la dotation pour l'année 2012 à hauteur de 385,87 M€, en évolution de + 11% par rapport à la dotation 2011.

Cette dotation recouvre, notamment, les postes de dépense suivants :

- 60 M€ au titre de l'accompagnement social, en stabilité par rapport à 2011 ;
- 273,4 M€ au titre de la participation du fonds au financement des dépenses d'investissement des établissements dans le cadre d'opérations de modernisation et de recomposition (plans de santé publique, plans nationaux d'investissement, etc.), en augmentation de 13% par rapport à 2011.
- 5,77 M€ au titre du financement de l'ATIH pour ses missions dans le cadre du projet FIDES (facturation individuelle des établissements de santé).

Autres options possibles :

Sans objet

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 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Il s'agit d'un article qui n'a pas vocation à être codifié (mesure prise annuellement).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Le FMESPP intervient dans le champ des régimes métropolitains d'assurance maladie, soit quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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

La dotation du FMESPP est fixée annuellement sur la base d'une évaluation des besoins budgétaires. Le montant de la dotation annuelle pour 2012 est fixé à hauteur de 385,87 M€

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
		-385,87			

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

Sans objet

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

Le fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations qui tient la comptabilité et procède aux paiements en faveur des établissements de santé concernés.

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

Impact non significatif.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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

Pas de texte d'application nécessaire

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) ?

Le FMESPP fait l'objet d'un suivi budgétaire et comptable par la DGOS et la CDC. Cette dernière établit un rapport annuel de son activité à ce sujet. Par ailleurs, la commission de surveillance, prévue par la LFSS de 2001 (article 40), est chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds.

ARTICLE 46 - III

DOTATION DE L'OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MEDICAUX (ONIAM) POUR 2012

I. Présentation de la mesure

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

Créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une dotation de l'assurance maladie pour sa mission de d'indemnisation des accidents médicaux et du VIH. En application du 1° de l'article L 1142-23 du code de la santé publique, le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La présente mesure a donc pour objet d'en fixer le montant pour 2012, en tenant évidemment compte notamment des réserves dont devrait disposer l'office au 31 décembre 2011.

Les dotations de l'assurance maladie à l'office ont été :

- de 70 millions d'euros par an de 2002 à 2004 ;
- de 30 millions d'euros en 2005 ;
- nulles pour les années 2006 et 2007, compte tenu des dotations déjà votées et d'un fonds de roulement s'établissant à 200 millions d'euros fin 2005 et à 165 millions d'euros fin 2006 ;
- 50 millions d'euros pour 2008, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant fin 2007 à 98 M€ ;
- 117 millions d'euros pour 2009, le fonds de roulement étant de 76 millions d'euros fin 2008 ;
- 70 millions d'euros pour 2010, le fonds de roulement fin 2009 étant de 119,8 millions d'euros.
- 45 millions d'euros pour 2011, le fonds de roulement fin 2010 étant de 127 millions d'euros.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de fixer la dotation pour 2012 à 55 M€. L'augmentation par rapport à la dotation 2011 (+ 10 M€) est sensible, mais elle est justifiée et doit en outre être relativisée :

- les réserves de l'office au 31 décembre 2011 devraient se révéler sensiblement moindres qu'au 31 décembre 2010 ; elles s'élèveraient en effet à 41,8 M€², contre 108 M€ l'année précédente³, alors que les dépenses d'indemnisation des accidents médicaux et du VIH sont en augmentation puisque estimées à 77 M€ pour 2012 par l'ONIAM, contre 75,9 M€ pour 2011 et 66 M€ pour 2010 ;

- elle tient compte d'une augmentation sensible des dépenses afférentes aux contentieux, dont le nombre augmente en raison d'une hausse du nombre de demandes d'indemnisation⁴ et surtout de l'augmentation du nombre de contestations⁵ : ainsi, sur le seul premier semestre 2011, ces contentieux ont généré un supplément de dépenses qui représente déjà 70 % de celui constaté sur 2010 (de l'ordre de 10 M€) ; toutes choses égales par ailleurs, les dépenses pour 2012 pourraient atteindre 20 M€.

Au total, les charges de l'ONIAM, hors contentieux non identifiés à ce stade, devraient s'élever à 108,5 M€ (77M€ d'indemnisation hors VHC ; 23 M€ VHC ; 8,5 M€ de dépenses de fonctionnement et de personnel). La prise en compte des réserves évaluées au 31 décembre 2011 ramène le besoin de financement à 55 M€, compte tenu du fait que le financement des dépenses liées à l'indemnisation des victimes du VHC, dont l'ONIAM est chargé en application de l'article 67 de loi de financement de

² Soit 58 % du fonds de roulement prévisionnel.

³ Soit 85 % du fonds de roulement prévisionnel.

⁴ + 10 % sur le 1er semestre 2011 par rapport au 1er semestre 2010.

⁵ Le nombre de dossiers en cours a augmenté de 26 % sur le seul premier semestre 2011.

la sécurité sociale pour 2009, est assuré par une dotation de l'Etablissement français du sang. Les réserves de l'ONIAM, au 31 décembre 2012, seraient alors de l'ordre de 11,8 M€, c'est-à-dire sensiblement inférieures à celles dont il disposait jusqu'ici (41,8 M€ au 31 décembre 2011 et 108 M€ au 31 décembre 2010), mais permettraient de faire face aux éventuels nouveaux événements médicaux et contentieux.

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 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

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 quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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€) <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>
---	---

	2011 (rectificatif)	2011 P ou R	2013	2014	2015
		-55			

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

Aucun.

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

Aucun.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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 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 ?

Non

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

Dans le rapport d'activité annuel de l'office figurent notamment 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 et l'évolution du nombre des dossiers en stock.

ARTICLE 46 – IV

FIXATION DE LA CONTRIBUTION DE L'ASSURANCE MALADIE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTE POUR 2012

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

Mesure proposée :

Fixation de la contribution de l'assurance maladie pour 2012 aux agences régionales de santé à 161M€ au titre de leur budget de gestion.

Autres options possibles :

Pas d'autre option possible s'agissant de l'application du dispositif prévu par l'article 118 de la loi HPST, qui prévoit une contribution de l'assurance maladie au financement des ARS.

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 prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie à hauteur de 161M€ (1° 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

- a) La mesure applique-t-elle une mesure de 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'intervention des ARS, soit les cinq DOM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Il s'agit d'un transfert 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 +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CNAMTS, RSI, CCMSA		- 161			

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

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'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Les ARS rendent compte régulièrement de leur activité.

ARTICLE 46 - V

FIXATION DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION POUR 2012 DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE (CNSA) AUX AGENCES REGIONALES DE SANTÉ (ARS) POUR LE FINANCEMENT DES ACTIONS DE PRISES EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES AGENCES REGIONALES DE SANTE EN FAVEUR DES PERSONNES AGÉES OU HANDICAPÉES

I. Présentation de la mesure

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

L'article L.1432-6 du code de la santé publique liste les ressources des agences régionales de santé (ARS) au titre desquelles figurent « 3° Des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux » et précise que ce montant est fixé en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). La répartition de cette contribution entre diverses actions relève d'un arrêté interministériel.

Depuis la LFSS pour 2011, qui a mis en place (art. 78) un nouveau circuit de financement permettant de déléguer des crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux ARS au titre des actions de prise en charge et d'accompagnement qu'elles déploient en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, le Parlement vote de façon identifiée le montant de cette contribution de la CNSA au budget des ARS.

Ces crédits ne sont pas compris au sein de l'objectif global de dépenses (OGD) de la CNSA. Ils sont en effet prélevés sur le produit brut de la contribution solidarité autonomie (CSA).

Le Parlement avait voté pour l'année 2011 (article 85 VI de la LFSS), un montant de 52M€, répartis comme suit par arrêté ministériel du 4 mars 2011:

- 27M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan « Santé mentale » en direction des personnes handicapées ;
- 11,95 M€ au titre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (MAIA) dans le cadre du plan Alzheimer ;
- 3 M€ au titre du plan « Bien vieillir » ;
- 9,8 M€ au titre de la section IV du budget de la CNSA, section consacrée notamment aux actions de formation et de modernisation du secteur de l'aide à domicile ;
- 0,25 M€ au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée vise à fixer à 57,55 M€ le montant de la contribution de la CNSA aux ARS pour l'année 2012 au titre des actions d'accompagnement en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Autres options possibles :

Aucune au vu des termes de l'article L.1432-6 du code de la santé publique.

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

L'article L. 1432-6 du Code de la santé publique prévoit que les contributions des régimes d'assurance maladie, d'une part, et de la CNSA au budget des ARS pour le financement de leurs actions concernant notamment les prises en charge et accompagnement des personnes âgées ou handicapées, d'autre part, sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. Pour cette contribution la CNSA agit en tant qu'organisme qui finance et gère des dépenses relevant de l'ONDAM

Cette mesure prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a un effet direct, à hauteur de 57,55 M€, sur les dépenses d'un organisme qui finance et gère des dépenses relevant de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (D 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

La mesure concerne les collectivités entrant dans le champ d'intervention des ARS soit les cinq DOM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui,
Collectivités d'outre-mer	
-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 montant des crédits déconcentrés prélevés sur l'apport brut de la CSA hors OGD est fixé pour 2012 à 64,55 M€. Il contribue au financement des actions suivantes en direction des personnes âgées et handicapées déployées par les ARS :

- 27 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan Santé mentale en direction des personnes handicapées,
- 27,5 € au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA) dans le cadre du Plan Alzheimer,
- 9,8 M€ au titre de la section IV du budget de la CNSA en faveur des actions de formation et de professionnalisation des intervenants à domicile et dans les établissements,
- 0,25 M€ au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CNSA		P - 64,55			

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

Les sommes transférées sont gérées par les ARS.

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

Aucun

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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

Le montant de la contribution fixé par la LFSS est réparti entre les différentes actions par arrêté interministériel.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Les ARS fourniront toutes les données nécessaires au suivi de la mise en œuvre des actions de prise en charge et d'accompagnement en faveur des personnes âgées ou handicapées

ARTICLE 46- VI

DOTATION ANNUELLE DE L'ETABLISSEMENT DE PREPARATION ET DE REPONSE AUX URGENCES SANITAIRES (EPRUS)

I. PRESENTATION DE LA MESURE

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

L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a été institué par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 et doit :

- assurer la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire,
- acquérir, fabriquer et distribuer des produits et services tels que des médicaments, des masques de protection, des respirateurs, des transports sanitaires nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves,
- gérer le stock santé national afin d'en assurer le renouvellement et l'accroissement en fonction de l'avancée des connaissances scientifiques sur les menaces identifiées.

Cet établissement est financé par l'Etat pour le fonctionnement de l'établissement et la réserve sanitaire et par l'assurance maladie et par l'État pour l'acquisition et la gestion des produits de santé (l'assurance maladie ne pouvant financer plus de la moitié de ces missions – article L3135-4 du code de la santé publique). Le respect de la règle de plafonnement pour la dotation de l'assurance maladie est évalué sur une période de 3 ans.

Conformément à l'article L3135-4 du code de la santé publique, l'assiette pour établir le plafond de contribution de l'assurance maladie est donc établie sur une période triennale. La dotation 2012 doit ainsi conclure le deuxième triennal 2010–2012.

La programmation de l'EPRUS, pour sa partie cofinancée, s'est élevée à 223 M€ en 2010, 130,9 M€ en 2011, elle est estimée à 72,8 M€ en 2012.

Les dotations 2010–2012 de l'assurance maladie doivent couvrir l'intégralité de la programmation prévisionnelle en produits de santé de l'établissement sur cette même période.

L'assiette pour établir le plafond de contribution 2010–2012 est fixées à 426,7 M€. Les dotations inscrites en PLFSS pour l'EPRUS sur 2010–2012 ne devront en conséquence pas excéder 213,4 M€.

La répartition des ces 213,4 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

Mesure proposée

Il est proposé de fixer la dotation 2012 à 20 M€.

Cette dotation permet de respecter la règle de plafonnement sur le période 2010-2012 : sur cette période l'État participera au financement des produit de santé à hauteur de 213,4 M€ et l'Assurance maladie à hauteur de 190 M€.

Autres options possibles

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.

II. CONSULTATIONS PREALABLES A 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 couvre outre la métropole, les cinq DOM, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui
Collectivités d'outre-mer	
-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 montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS est fixé pour l'année 2011 à 20 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>				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R*	2013	2014	2015
Régimes obligatoires d'assurance maladie		- 20			

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

L'EFS rend compte régulièrement de son activité.

ARTICLE 49

DROITS A LA RETRAITE DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU

I. Présentation de la mesure

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

Lors de ses vœux au monde sportif, le Président de la République a annoncé la mise en place en 2011, au profit de 2 500 à 3 000 athlètes, d'un dispositif d'ouverture de droits à la retraite, financé par l'Etat, pour les sportifs de haut niveau représentant la France dans les compétitions internationales. On rappelle que sont des sportifs de haut niveau (SHN) ceux qui remplissent les critères pour être inscrits sur une liste ministérielle annuelle en vertu de l'article L.221-2 du code du sport. Des quotas sont fixés par discipline. Le nombre de SHN semble stable, entre 6 500 et 7 000.

La carrière de sportif de haut niveau nécessite un investissement personnel important qui les conduit fréquemment à différer leurs études et leur entrée dans la vie professionnelle. Ils ne commencent, en règle générale, à cotiser pleinement à un régime d'assurance vieillesse qu'à l'issue de leur carrière sportive et, en tout état de cause, plus tardivement que la majorité de la population de la même classe d'âge. Par ailleurs, si les sportifs peuvent dégager des revenus de leur activité sportive (primes de match, primes olympiques, droit à l'image...), ces derniers ne leur permettent pas de valider des années complètes de droits à la retraite. De plus, les exigences croissantes du sport de haut niveau, sont généralement incompatibles avec une activité professionnelle.

Ce texte vise donc à favoriser l'investissement des athlètes dans le sport de haut niveau, et partant le rayonnement sportif de la France, en évitant que les athlètes n'abandonnent prématurément la compétition, par crainte de ne pas pouvoir se constituer, parallèlement, des droits au titre de l'assurance vieillesse.

La connaissance des revenus et des droits à la retraite des sportifs de haut niveau reste imprécise, en termes notamment de trimestres effectivement validés, ce qui rend difficile de chiffrer l'impact de la mesure, et plaide en faveur de clauses de limitation, introduites par voie réglementaire.

L'assimilation des périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau à des périodes d'assurance vieillesse (il s'agit des périodes assimilées prévues à l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale, valant pour la seule durée d'assurance, sans report de salaire au compte) permettrait de compenser les conséquences qu'ont, en termes de retraites, le retard d'insertion dans une vie active à plein temps consécutif au statut de sportif de haut niveau.

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

Mesure proposée :

Il est proposé que les périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau soient assimilées à des périodes d'assurance vieillesse : l'acquisition des périodes assimilées, au régime général d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, se fera de façon subsidiaire à l'acquisition de trimestres liée à l'activité professionnelle. En outre, le dispositif sera encadré par des bornes d'âge, de revenu, ainsi que par un nombre maximal de trimestres de périodes assimilées acquis au titre du statut de sportif de haut niveau.

Un décret d'application fixera ainsi les conditions d'éligibilité, en termes d'âge (être âgé de 20 ans ou plus), ainsi que le niveau de ressources maximales (75% du plafond de la sécurité sociale). Le sportif de haut niveau bénéficierait de cette validation sans condition d'affiliation préalable (alors que cette condition est applicable aux autres catégories de périodes assimilées), c'est-à-dire qu'il n'aurait pas besoin d'avoir déjà cotisé au régime général pour bénéficier de la mesure. En revanche, le décret d'application plafonnera à 16 le nombre de trimestres acquis au titre des périodes assimilées.

Cet encadrement réglementaire de la mesure permet de cibler, à l'aide de bornes objectivables, une population précise qui, compte tenu de son engagement sportif, diffère son entrée dans la vie active.

Ce ciblage, en fonction de l'âge et des ressources, correspond donc à l'objet de la loi (favoriser la mobilisation des SHN, en évitant qu'ils ne soient pénalisés, au regard de la retraite, par leur engagement comme SHN), tout en déterminant un critère objectif.

Le coût pour le régime général de la validation gratuite de ces trimestres sera compensé par l'État (budget du ministère des sports) sur la base des taux de cotisations de droit commun et d'une assiette fixée par décret. Le calcul des trimestres complémentaires nécessaires se fera au mieux en n+1. Ce décalage n'est pas problématique puisque les intéressés ne sont normalement pas en âge de liquider leurs droits.

La mesure entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2012 et concernera par conséquent les sportifs de haut niveau inscrits sur la liste arrêtée par le ministre en charge des sports en novembre 2011.

Autres options possibles :

Il aurait été possible de rendre les années d'inscription à la liste des sportifs de haut niveau éligibles au rachat de trimestres, tel qu'il est prévu à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale. Mais ce rachat, à la charge des sportifs, n'aurait pas constitué un effort de solidarité en faveur d'athlètes qui, par leur engagement en faveur du rayonnement sportif de la France, diffèrent leur entrée dans la vie active.

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

Cette mesure impacte les dépenses de la branche vieillesse du régime général (ouverture de droits à retraite pour les sportifs de haut niveau, par l'intermédiaire de périodes assimilées) à hauteur de 6,1 à 9,1 M€ en 2013 comme ses recettes (financement par cotisation fondée sur une assiette forfaitaire à la charge du budget de l'Etat).

La mesure prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève en premier lieu des mesures ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement (2° 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

- a) La mesure applique-t-elle une mesure de 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, comme avec la jurisprudence de la CJCE et de la CEDH.

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

- a) Possibilité de codification

L'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale sera modifié. L'article L. 634-2 du même code et l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime (qui renvoient tous deux au L. 351-3) seront modifiés en conséquence, pour éviter que la mesure ne soit « doublonnée » au RSI et à la MSA.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

La mesure concernera les sportifs de haut niveau français quelque soit le lieu de leur résidence.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui
--	-----

Collectivités d'outre-mer -Saint-Pierre et Miquelon -Saint-Martin et Saint Barthélemy -autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	oui oui oui
---	-------------------

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Il s'agit d'une disposition relative au régime général d'assurance vieillesse impactant les dépenses et les recettes de sécurité sociale. La mesure entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2012, mais les premiers trimestres validés le seront en 2013, au titre de 2012 (le mécanisme étant subsidiaires, les trimestres ne peuvent être validés qu'au terme de l'année civile).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CNAVTS			- 6,1 à - 9,1	- 6,2 à - 9,3	- 6,5 à - 9,5

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

Ce chiffrage se fonde sur une estimation du nombre de SHN âgés de 20 ans qui ne valideraient pas 4 trimestres par an (population estimée à un peu plus de 2000 SHN, contre 4600 SHN de 20 ans et plus); en outre, l'impact du plafonnement des revenus (à 0,75 PSS) pour être éligible au dispositif est très incertain, faute de connaissance des revenus des SHN. Il a donc été retenu de faire reposer ce chiffrage sur 2 scénarios, avec une marge d'incertitude importante, et en ne retenant ici que les fourchettes les plus hautes des deux scénarios. Cette estimation repose sur la base du coût d'un trimestre égal au montant des cotisations d'assurance vieillesse assises sur 75% du plafond de la sécurité sociale.

Ce coût annuel suit la progression de l'évolution du plafond de sécurité sociale. Toutefois, à compter de 2017, le plafonnement à 16 trimestres diminuera légèrement le coût annuel total.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

S'agissant d'une population limitée (la mesure cible 6500 à 7000 personnes par an), les impacts économiques sont limités.

b) impacts sociaux

Cette mesure permet d'améliorer la couverture vieillesse des sportifs de haut niveau qui, compte tenu de leurs engagements sportifs, entrent plus tardivement, du moins à plein temps, dans la vie active.

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 assurés concernés, pour bénéficier de la mesure, devront fournir à la direction des sports, par l'intermédiaire probablement des Directeurs techniques nationaux, des justificatifs de leur éligibilité au dispositif.

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

La direction des sports devra recueillir annuellement les pièces nécessaires au traitement des dossiers, vérifier l'éligibilité des sportifs de haut niveau et transmettre à la CNAVTS la liste des bénéficiaires, ainsi que le nombre de trimestres validés au titre des périodes assimilés. La CNAVTS, de son côté, devra inscrire ces trimestres au compte des bénéficiaires ; il lui appartiendra en outre de

facturer à la direction des sports, selon un coût forfaitaire fixé par décret, le coût induit par la validation de ces trimestres.

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

La charge administrative est partagée entre la Direction des sports et la CNAVTS. S'agissant d'un public cible de 6500 à 7000 sportifs de haut niveau, parmi lesquels moins de 3000 seront éligibles, les impacts en gestion restent modérés. Il conviendra éventuellement, pour la Direction des sports, de modifier sa base de données relatives aux SHN, afin d'y intégrer les éléments nouveaux liés à ce dispositif.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

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

La mesure sera appliquée par un décret en Conseil d'Etat qui sera pris au cours du premier trimestre 2012.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Des échanges entre la direction des sports et la CNAVTS sont en cours pour réfléchir aux modalités de mise en œuvre la mesure. La mesure entrera en vigueur en 2012, mais les premiers trimestres validés au titre des périodes assimilées n'interviendront qu'en 2013 (à année civile échue), ce qui laisse plus d'un an aux services du ministère en charge des sports, comme à ceux de la CNAV, pour mettre en pratiquement le dispositif.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Il appartiendra à la direction des sports de communiquer aux sportifs de haut niveau sur ce nouveau droit. S'agissant d'une population bien identifiée, en nombre limité et suivie par les directeurs techniques nationaux, cette information ne devrait pas poser de problème.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Les données recueillies auprès des sportifs de haut niveau, ainsi que la facturation annuelle par la CNAV à l'État du coût de la mesure, permettront d'en suivre finement la montée en charge, en distinguant les publics bénéficiaires.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 351-3 (actuel) du code de la sécurité sociale	Article L. 351-3 (modifié) du code de la sécurité sociale
<p>Sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :</p> <p>1°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, invalidité, accident du travail et celles postérieures au 1er juillet 1930 pendant lesquelles les travailleurs salariés ont perçu une rente d'accident du travail prenant effet antérieurement à la date susmentionnée, pour une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par le même décret ;</p> <p>2°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 351-2 du code du travail ou de l'une des allocations mentionnées à l'article L. 321-4-2, aux 2° et 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du même code ou d'une allocation versée en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ou de l'allocation de congé-solidarité mentionnée à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ou de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;</p> <p>3°) dans les conditions et limites fixées par le décret prévu au présent article, les périodes pendant lesquelles l'assuré s'est trouvé, avant l'âge fixé par le même décret, en état de chômage involontaire non indemnisé ;</p> <p>4°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a effectué son service national légal ou a été présent sous les drapeaux par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre ;</p> <p>5°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939, pour les assurés qui ont été prisonniers, déportés, réfractaires, réfugiés, sinistrés, requis au titre d'un service de travail obligatoire ou placés, du fait de la guerre, dans des conditions telles que les cotisations versées par eux n'ont pu être constatées ou ne peuvent être justifiées ; des arrêtés ministériels fixent, pour ces années, les justifications à produire par les intéressés ;</p> <p>6°) sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au</p>	<p>Sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :</p> <p>1°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, invalidité, accident du travail et celles postérieures au 1er juillet 1930 pendant lesquelles les travailleurs salariés ont perçu une rente d'accident du travail prenant effet antérieurement à la date susmentionnée, pour une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par le même décret ;</p> <p>2°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 351-2 du code du travail ou de l'une des allocations mentionnées à l'article L. 321-4-2, aux 2° et 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du même code ou d'une allocation versée en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ou de l'allocation de congé-solidarité mentionnée à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ou de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;</p> <p>3°) dans les conditions et limites fixées par le décret prévu au présent article, les périodes pendant lesquelles l'assuré s'est trouvé, avant l'âge fixé par le même décret, en état de chômage involontaire non indemnisé ;</p> <p>4°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a effectué son service national légal ou a été présent sous les drapeaux par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre ;</p> <p>5°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939, pour les assurés qui ont été prisonniers, déportés, réfractaires, réfugiés, sinistrés, requis au titre d'un service de travail obligatoire ou placés, du fait de la guerre, dans des conditions telles que les cotisations versées par eux n'ont pu être constatées ou ne peuvent être justifiées ; des arrêtés ministériels fixent, pour ces années, les justifications à produire par les intéressés ;</p> <p>6°) sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au</p>

<p>moment de son incarcération, relevait de l'assurance obligatoire.</p>	<p>moment de son incarcération, relevait de l'assurance obligatoire. 7°) Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles toute personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport.</p>
<p>Article L. 634-2 (actuel) du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 634-2 (modifié) du code de la sécurité sociale</p>
<p>Sous réserve d'adaptation par décret, les prestations des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies au deuxième alinéa de l'article L. 341-15, du premier au quatrième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-1-2, au premier alinéa de l'article L. 351-2, à l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1, L. 351-6, L. 351-7 à L. 351-10-1, L. 351-12, L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-6, au deuxième alinéa de l'article L. 355-1 et à l'article L. 355-2.</p> <p>(...)</p>	<p>Sous réserve d'adaptation par décret, les prestations des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies au deuxième alinéa de l'article L. 341-15, du premier au quatrième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-1-2, au premier alinéa de l'article L. 351-2, à l'article L. 351-3 à l'exception de son 7°, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1, L. 351-6, L. 351-7 à L. 351-10-1, L. 351-12, L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-6, au deuxième alinéa de l'article L. 355-1 et à l'article L. 355-2.</p> <p>(...).</p>
<p>Article L. 742-3 (actuel) du code rural et de la pêche maritime</p>	<p>Article L. 742-3 (modifié) du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Les caisses de mutualité sociale agricole servent aux salariés agricoles et à leurs ayants droit en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse, de veuvage et de décès, les prestations prévues par le code de la sécurité sociale. A cet effet, sont applicables au régime des assurances sociales agricoles :</p> <p>1° L'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes du livre III du code de la sécurité sociale : articles L. 311-5, L. 311-9, L. 311-10, chapitres III, IV et V du titre Ier, titre II à l'exception de l'article L. 321-3 et du chapitre V, titres III et IV, titre V à l'exception du chapitre VII, titre VI, titre VII, article L. 383-1. Pour l'application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, la référence : " l'article L. 411-1 " est remplacée par la référence : " au premier alinéa de l'article L. 751-6 du code rural et de la pêche maritime " ; (...)</p>	<p>Les caisses de mutualité sociale agricole servent aux salariés agricoles et à leurs ayants droit en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse, de veuvage et de décès, les prestations prévues par le code de la sécurité sociale. A cet effet, sont applicables au régime des assurances sociales agricoles :</p> <p>1° L'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes du livre III du code de la sécurité sociale : articles L. 311-5, L. 311-9, L. 311-10, chapitres III, IV et V du titre Ier, titre II à l'exception de l'article L. 321-3 et du chapitre V, titres III et IV, titre V à l'exception du chapitre VII, titre V à l'exception du 7° de l'article L. 351-3 et du chapitre VII, titre VI, titre VII, article L. 383-1. Pour l'application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, la référence : " l'article L. 411-1 " est remplacée par la référence : " au premier alinéa de l'article L. 751-6 du code rural et de la pêche maritime " ;</p>

ARTICLE 50

EXCLUSION DES BONIFICATIONS « MÉTIER » DE LA DURÉE D'ASSURANCE PRISE EN COMPTE POUR L'ACCÈS À LA SURCOTE

I. Présentation de la mesure

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

a) Les bonifications « métiers » spécifiques à la fonction publique permettaient jusqu'à présent aux fonctionnaires d'ouvrir droit plus rapidement à la surcote que les salariés du secteur privé.

Afin d'inciter les assurés à poursuivre leur activité dans le cadre de la mobilisation pour l'emploi des seniors, depuis 2004, tout trimestre cotisé au-delà de la durée nécessaire pour avoir une pension à taux plein et au-delà de l'âge légal de départ, donne droit à l'assuré une majoration de sa pension de retraite. Pour les trimestres accomplis à compter du 1^{er} janvier 2009, le taux de majoration de pension ou taux de « surcote » est égal à 1,25 % par trimestre, soit 5 % par année supplémentaire travaillée. Les taux de surcote s'additionnent sans aucune limite.

Dans la durée d'assurance prise en compte pour déterminer le droit à surcote des fonctionnaires étaient comptabilisées les bonifications qui sont attribuées à certains fonctionnaires et qui permettent de porter la durée d'assurance au-delà de la durée d'activité réelle (par ex. attribution d'une année supplémentaire pour cinq ans d'activités sur certains emplois : douaniers, contrôleurs aériens... ou bonification de dépaysement pour services rendus hors d'Europe).

La prise en compte de ces bonifications pour l'attribution de la surcote interrogeait du point de vue de l'équité dans la mesure où les assurés du secteur privé ne bénéficient pas, à l'inverse des fonctionnaires, de dispositifs majorant leur durée d'assurance, autres que les majorations de durée d'assurance au titre des enfants et du handicap. Alors que l'ensemble des autres conditions en matière d'attribution de surcote ont été harmonisées (taux, règle d'arrondi), les règles demeuraient ainsi plus favorables pour les fonctionnaires sur ce point.

La Cour des comptes souligne ainsi dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2010 (p. 380) que le poids des bonifications « métier » dans les périodes comptabilisées dans la durée d'assurance pour l'ouverture du droit à surcote des fonctionnaires civils et des militaires peut être important. Pour les militaires, ces bonifications représentaient en 2009 en moyenne pour les hommes mono-pensionnés jusqu'à 45 % de la durée de référence pour un militaire non-officier et 28 % pour un officier. Dans la fonction publique civile, ce poids est certes inférieur mais demeure significatif, principalement du fait des bonifications pour service civil hors d'Europe. Pour un homme mono-pensionné parti en retraite en 2009, l'ensemble de ces bonifications représentaient en moyenne près de 3 % de la durée d'assurance requise pour le taux plein, soit 4,7 trimestres.

b) Cet avantage a été supprimé dans le cadre de la réforme 2010 sur les retraites (art. 50 de la loi du 9 novembre 2010).

L'article 50 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 a modifié les règles en matière de surcote afin d'exclure les bonifications et majorations de durée d'assurance des régimes de retraite de la fonction publique, hors celles attribuées au titre des enfants et du handicap, pour l'accès à la surcote dans les régimes de la fonction publique et du régime général. Il modifie à cet effet l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR) et l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale.

Cet article a ainsi entendu répondre au souci d'équité entre les fonctionnaires et les salariés du secteur privé en excluant l'ensemble des bonifications et majorations durée d'assurance (à l'exception de celles accordées au titre des enfants et du handicap qui existent dans tous les régimes), du calcul de la durée d'assurance tous régimes permettant de déterminer si l'assuré a un droit ouvert à la surcote.

Toutefois, la rédaction retenue pose des difficultés d'application. La loi peut en effet être interprétée, à l'inverse de l'objectif poursuivi, comme ayant pour conséquence que les durées acquises au titre des bonifications et majorations de durée d'assurance pour enfant et handicap peuvent constituer des trimestres de surcote en tant que tels alors que le seul objet de la mesure était d'exclure certaines bonifications du nombre de trimestres au-delà duquel le droit à la surcote est ouvert. Le Conseil d'Etat,

lors de l'examen des textes d'application de la loi du 9 novembre 2010, a pris acte de ces difficultés et a invité le Gouvernement à clarifier la loi sur ce point avant que les mesures réglementaires d'application soient édictées.

En conséquence, compte tenu des difficultés importantes en gestion rencontrées dans l'application de cette mesure et du fort risque de contentieux lié à l'imprécision des dispositions concernées, le législateur doit intervenir pour résoudre ces difficultés.

En outre, la mesure doit être élargie à tous les régimes. La surcote étant un dispositif existant dans tous les régimes de retraite, il est cohérent d'étendre ces nouvelles modalités envisagées pour le régime des fonctionnaires et le régime général à l'ensemble des autres régimes, alors que la mesure votée dans la loi du 9 novembre 2010 ne concerne que les régimes de la fonction publique et le régime général. Cette mesure a déjà été mise en œuvre par décret dans les autres régimes spéciaux de retraite que ceux de la fonction publique.

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

Mesure proposée :

L'article projeté modifie les articles relatifs à la surcote de chacun des régimes de retraite pour lesquels il est nécessaire de préciser que la durée d'assurance tous régimes retenue pour l'accès à la surcote exclura désormais les bonifications et majorations de durée d'assurance autres que celles accordées au titre des enfants et du handicap.

Ainsi, l'article modifie ou introduit les nouvelles règles en matière de surcote :

- à l'article L. 14 du CPCMR pour le régime des fonctionnaires ;
- à l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale ;
- à l'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime pour le régime des non salariés agricoles ;
- à l'article L. 643-3 du code de la sécurité sociale pour les régimes des professions libérales ;
- à l'article L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale pour le régime des avocats.

L'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale rendent automatiquement applicables, respectivement pour le régime des salariés agricoles et le régime des artisans et commerçants, les dispositions du régime général de l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale. La mesure est également applicable au régime de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) dès lors qu'en vertu du II de l'article 50 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 la mesure initiale lui était applicable.

Les nouvelles modalités d'appréciation de l'accès à la surcote s'appliqueront aux assurés remplissant les conditions d'ouverture du droit à surcote à compter du 1^{er} juillet 2013 (selon les délais d'adaptation nécessaires des systèmes d'information des régimes de retraite).

Autres options possibles :

Sans objet dès lors que l'article tend à clarifier la rédaction de la mesure au regard de la volonté initiale du législateur de 2010 et à étendre de manière identique la mesure aux autres régimes.

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

Cette mesure impacte les dépenses du régime spécial de retraite de la fonction publique de l'Etat, du régime général d'assurance vieillesse, du régime des non salariés agricoles, des régimes des professions libérales, du régime des avocats, du régime des salariés agricoles et du régime des artisans et commerçants dès lors qu'elle rend plus restrictive l'une des conditions d'ouverture (durée d'assurance tous régimes) du droit à surcote.

Cette mesure visant à réduire le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, à hauteur de plus de 3 M€ à compter de 2013 et croîtra sensiblement les années suivantes, trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 2° 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, de l'UNOCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 dans le code des pensions civiles et militaires de retraite, dans le code de la sécurité sociale et dans le code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

La mesure concerne *les régimes* intervenant en métropole, dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. C'est ce qu'exprime le tableau ci-après.

Mais elle concerne également les fonctionnaires de l'Etat en poste à Mayotte et dans les autres collectivités d'outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 modifie les conditions d'acquisition de la surcote pour les assurés ayant bénéficié de bonifications « métier » au cours de leur carrière.

Elle générera des économies pour les régimes concernés en diminuant le montant de surcote attribué aux intéressés, qui sera désormais calculé par rapport à une durée d'assurance plus proche de la durée d'activité effective des assurés.

L'impact annuel de la mesure sera plus élevé chaque année. En effet, les économies réalisées sur les pensions liquidées l'année en cours (flux) se cumuleront avec celles réalisées au cours de la même année sur les pensions liquidées les années antérieures (stock), la mesure produisant ses effets de la date de liquidation de la pension à la date du décès du pensionné et, le cas échéant, jusqu'au décès du conjoint bénéficiaire de la pension de réversion.

Ainsi, en ce qui concerne le régime général, l'impact annuel, qui s'élève à 0,03 M€ en 2013, croît rapidement pour atteindre environ 4 M€ en 2020, 16 M€ en 2030, 30 M€ en 2040 et plus de 38 M€ en 2050.

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 du code des pensions civiles et militaires de retraite	-	-	-	+2,7	+5,4
CNRACL	-	-	-	+0,34	+0,70
CNAVTS	-	-	-	+0,03	+0,26
Autres régimes	<i>Données non disponibles</i>				

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

La mesure favorise l'équité entre les assurés, quel que soit leur régime, au regard du droit à la surcote. Les assurés qui, antérieurement, auraient bénéficié de la surcote grâce à la pris en compte des bonifications « métier » dans la durée d'assurance donnant accès à ce dispositif devront prolonger leur activité pour obtenir le même bénéfice. La mesure est donc favorable au maintien de l'emploi des séniors.

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

Aucune en termes de gestion de la mesure.

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

Les caisses des régimes concernés par la mesure devront mettre en place des échanges de données dans le cadre de l'outil d'échanges inter-régimes de retraite (EIRR).

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

Une modification du système d'information de chaque régime est nécessaire en 2012.

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

Un décret devra fixer la liste des bonifications et majorations de durée d'assurance « métier » exclues du calcul de la durée d'assurance tous régimes prise en compte pour l'accès à la surcote. Un décret en Conseil d'Etat devra préciser les conditions d'utilisation de l'EEIR pour la mise en œuvre de la mesure.

Ces deux textes seront pris au cours du premier trimestre 2012.

2. Existence de mesures transitoires ?

Les assurés ayant acquis ou commencé à acquérir des trimestres de surcote avant le 1^{er} janvier 2013 ne sont pas impactés par la mesure. En effet, la mesure ne s'applique qu'aux assurés remplissant les conditions d'ouverture du droit à surcote à compter du 1^{er} janvier 2013.

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

Les régimes concernés devront modifier leur système d'information avant le 1^{er} janvier 2013 afin de pouvoir mettre en œuvre la mesure à compter de cette date. Les conditions d'entrée en vigueur ont été fixées au regard des délais nécessaires à l'adaptation des systèmes d'information tels qu'ils ont été évalués par les organismes concernés.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés sera effectuée, en tant que de besoin, par les régimes concernés.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Les effets de la mesure seront appréciés à travers le suivi du pourcentage de pensions attribuées avec surcote et du gain moyen procuré par la surcote dans le cadre du programme de qualité et d'efficience « Retraites » (Partie II « Objectifs / Résultats », indicateur n° 4-5).

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

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p align="center">Article L. 14 (III) actuel du code des pensions civiles et militaires de retraite</p>	<p align="center">Article L. 14 (III) modifié du code des pensions civiles et militaires de retraite</p>
<p>(...) III.-Lorsque la durée d'assurance, définie au premier alinéa du I, est supérieure au nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum mentionné à l'article L. 13 et que le fonctionnaire civil a atteint l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, un coefficient de majoration s'applique au montant de la pension liquidée en application des articles L. 13 et L. 15.</p> <p>Le nombre de trimestres pris en compte pour ce calcul est égal, à la date de liquidation de la pension, au nombre de trimestres d'assurance effectués après le 1er janvier 2004, au-delà de l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et en sus du nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum mentionné à l'article L. 13.</p> <p>Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte pour ce calcul. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations de durée auxquelles s'applique le présent alinéa.</p> <p>Sont pris en compte pour ce calcul les trimestres entiers cotisés.</p> <p>Le coefficient de majoration est de 1,25 % par trimestre supplémentaire.</p>	<p>(...) III.-Lorsque la durée d'assurance, définie au premier alinéa du I, est supérieure au nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum mentionné à l'article L. 13 et que le fonctionnaire civil a atteint l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, un coefficient de majoration s'applique au montant de la pension liquidée en application des articles L. 13 et L. 15.</p> <p>Le nombre de trimestres pris en compte pour ce calcul est égal, à la date de liquidation de la pension, au nombre de trimestres d'assurance effectués après le 1er janvier 2004, au-delà de l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et en sus du nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum mentionné à l'article L. 13.</p> <p>Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte pour le calcul de la durée d'assurance mentionnée au premier alinéa du présent III. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations de durée auxquelles s'applique le présent alinéa.</p> <p>Sont pris en compte pour ce calcul les trimestres entiers cotisés.</p> <p>Le coefficient de majoration est de 1,25 % par trimestre supplémentaire.</p>
<p align="center">Article L. 351-1-2 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 351-1-2 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa du même article donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre</p>	<p>La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa du même article donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre</p>

<p>duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte pour ce calcul.</p>	<p>duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.</p>
<p align="center">Article L. 643-3 (I) actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 643-3 (I) modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-La liquidation de la pension prévue à l'article L. 643-1 peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.</p> <p>Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est égal au produit de la valeur du point par le nombre de points acquis.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.</p> <p>Le décret prévu à l'alinéa précédent détermine également le barème suivant lequel la pension est majorée lorsque la liquidation de la pension de retraite est ajournée au-delà de l'âge et de la durée d'assurance prévus respectivement au premier et au deuxième alinéa du présent I.</p> <p>(...)</p>	<p>I.-La liquidation de la pension prévue à l'article L. 643-1 peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.</p> <p>Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est égal au produit de la valeur du point par le nombre de points acquis.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.</p> <p>La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.</p> <p>(...)</p>
<p align="center">Article L. 723-10-1 (I) actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 723-10-1 (I) modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-La liquidation de la pension peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.</p> <p>Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est calculé en proportion de la</p>	<p>I.-La liquidation de la pension peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.</p> <p>Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est calculé en proportion de la</p>

<p>durée d'assurance à la Caisse nationale des barreaux français.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.</p> <p>Le décret prévu à l'alinéa précédent détermine également le barème suivant lequel la pension est majorée lorsque la liquidation de la pension de retraite est ajournée au-delà de l'âge et de la durée d'assurance prévus respectivement au premier et au deuxième alinéa du présent I.</p> <p>(...)</p>	<p>durée d'assurance à la Caisse nationale des barreaux français.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.</p> <p>La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.</p> <p>(...)</p>
<p align="center">Article L. 732-25-1 actuel du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L. 732-25-1 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et à la charge de l'assuré dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, accomplie après l'âge prévu à l'article L. 732-18 et au-delà de la durée minimale prévue à l'article L. 732-25, donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et à la charge de l'assuré dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, accomplie après l'âge prévu à l'article L. 732-18 et au-delà de la durée minimale prévue à l'article L. 732-25, donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la durée minimale mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.</p>

ARTICLE 51

RACHAT DES PÉRIODES DE FORMATION À LA VIE RELIGIEUSE AU RÉGIME DES CULTES

I. Présentation de la mesure

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

L'article L382-15 du code de la sécurité sociale prévoit l'affiliation à la CAVIMAC (Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes) des ministres du culte et des membres des congrégations religieuses qui ne relèvent, à titre obligatoire, d'aucun autre régime de base de sécurité sociale. La qualité de ministre du culte ou de congrégationniste qui entraîne affiliation au régime est déterminée en conformité avec les règles d'organisation interne de chaque culte, les critères retenus par chaque culte étant précisés par le règlement intérieur de la caisse. Environ 15 000 ministres du culte et religieux cotisent aujourd'hui à ce régime (pour 60 000 pensionnés), dont plus de 85% relèvent du culte catholique.

Jusqu'au 1^{er} juillet 2006, les périodes de formation à la vie religieuse, accomplies dans des séminaires ou au sein de congrégations (« noviciat ») ne donnaient pas lieu à affiliation au régime des cultes, ni aux cotisations afférentes, et, par conséquent, ces périodes ne sont pas prises en compte pour le calcul de la retraite des intéressés. Or ces périodes de formation peuvent être relativement longues (par ex. la période de formation en séminaire pour les ministres du culte catholique dure au minimum sept ans) et leur non prise en compte est susceptible d'impacter leurs droits à retraite.

Le dispositif actuel de validation à titre onéreux des périodes d'étude (« rachat »), applicable à la CAVIMAC dans les mêmes conditions qu'au régime général (cf. article L. 382-29 du code de la sécurité sociale), ne permet pas la validation de ces périodes de formation religieuse : seules les périodes d'études accomplies dans les établissements d'enseignement supérieur, les écoles techniques supérieures, les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles peuvent faire l'objet d'un rachat en l'état du droit (cf. articles L. 351-14-1 et L. 381-4 du code de la sécurité sociale), ce qui exclut les périodes accomplies dans des séminaires ou au sein de collectivités religieuses.

Le juge judiciaire s'est prononcé sur la prise en compte de périodes de séminaire ou de noviciat dans les droits à retraite des ministres du culte cf. notamment l'arrêt de la Cour de Cassation du 22 octobre 2009.

Dans ces décisions, il a considéré que ces périodes de séminaire ou de noviciat avaient été regardées à tort comme ne constituant pas des périodes d'affiliation au régime.

Cette jurisprudence conduit en pratique à valider gratuitement pour les droits à retraite des périodes de séminaire ou de noviciat accomplies avant 1978 (date de création du régime), ce qui pose de multiples problèmes :

- cette situation est contraire au principe de contributivité en vertu duquel les droits sont normalement acquis en contrepartie du versement de cotisations ;
- elle met à la charge des assurés du régime général le coût de ces validations (le régime des cultes étant équilibré financièrement par le régime général) ;
- elle interroge au regard de l'égalité de traitement entre assurés : alors que les assurés du régime général ne peuvent obtenir la validation de leurs années d'étude qu'à titre onéreux, les assurés relevant de la CAVIMAC peuvent voir leurs périodes de formation validées gratuitement.

L'affiliation à un régime de sécurité sociale, ce qui est en cause ici, relève du niveau de la loi.

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

Mesure proposée :

L'objet du présent article est de refonder le droit en matière de période de séminaire et de noviciat en étendant aux périodes de formation à la vie religieuse le dispositif de validation à titre onéreux des périodes d'études (« rachat ») tel qu'il a été institué par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Cette mesure permettra aux intéressés qui le souhaitent d'obtenir la prise en compte de ces

périodes pour leur retraite, en contrepartie du versement de cotisations au régime. Elle permettra en particulier répondre à la préoccupation des personnes qui quittent la vie religieuse et pour lesquels l'absence de validation de leurs années de formation peut être difficilement ressentie.

Les modalités de rachat des périodes de formation religieuse seront identiques à celles du rachat des années d'étude (calcul actuariellement neutre, possibilité de faire la demande entre 20 ans et 67 ans, possibilité de racheter jusqu'à 12 trimestres). La mesure sera ouverte à l'ensemble des cultes affiliés à la CAVIMAC et les périodes de formation pourront être rachetées qu'elles aient été accomplies dans un établissement dédié (séminaire par ex.) ou dans une congrégation ou collectivité religieuse (ce qui est le cas, pour les religieux catholiques, du noviciat).

Autres options possibles :

Une autre option possible, pour répondre à la problématique de la prise en compte des périodes de formation religieuse dans les droits à retraite, consisterait à suivre la jurisprudence de la Cour de cassation et à valider gratuitement ces périodes. Une telle mesure serait toutefois coûteuse pour les finances sociales (les périodes en cause n'ayant pas donné lieu au versement de cotisations) sans être justifiée par des considérations d'intérêt général.

L'option consistant à créer un dispositif de rachat spécifique a également été écartée pour des motifs d'équité entre assurés (les périodes de formation religieuse doivent être rachetées dans les mêmes conditions que les autres périodes d'enseignement supérieur), de simplicité administrative (il convient de ne pas multiplier les dispositifs de rachat) et de préservation des finances sociales (le rachat proposé est actuariellement neutre ce qui garantit l'absence d'impact négatif à long terme sur les comptes du régime).

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

La mesure proposée a une incidence financière sur le régime général d'assurance vieillesse dans la mesure où le régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes et membres des congrégations religieuses, géré par la CAVIMAC, est financièrement équilibré par la CNAVTS (cf. article L. 382-25 du code de la sécurité sociale).

Cette mesure concernant les règles d'affiliation prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève en premier lieu des mesures ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale). La mesure aura également un impact sur les recettes du régime (2° du B du V de ce même article LO.111-3)

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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

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

La mesure est 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) ?

Cette mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification

Cette mesure est codifiée à l'article L. 382-29-1 (nouveau) du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

Le régime de la CAVIMAC intervient en métropole et sur une base de volontariat des intéressés dans les collectivités d'outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer -Saint-Pierre et Miquelon -Saint-Martin et Saint Barthélemy -autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	La mesure est applicable dans les COM aux ministres du culte et membres de congrégation ayant adhéré au régime (cf. article R382-122 du CSS).

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les modalités de calcul proposées pour le rachat de périodes de formation à la vie religieuse sont identiques à celles du rachat des années d'étude (article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale) et garantissent la neutralité actuarielle pour le régime. Toutefois, au plan comptable, la mesure devrait générer à court terme des recettes supplémentaires du fait des versements de cotisations opérés par les demandeurs et, à moyen et long terme, accroître les dépenses du fait de l'amélioration du montant de pension des intéressés.

Cet impact financier dépendra toutefois du nombre de personnes qui opteront pour cette faculté. Si on retient une hypothèse basse de 50 assurés (soit 0,3% des cotisants actuels) effectuant chaque année une demande de rachat pour un nombre moyen de 5 trimestres rachetés (ce qui correspond au nombre moyen de trimestres rachetés au régime général), le gain annuel de cotisations supplémentaires pour le régime serait de 400 k€ ce qui représente 1% des cotisations vieillesse recouvrées par le régime en 2010. Si on retient une hypothèse haute de 150 demandes par an (soit 1% des cotisants), le gain s'élèverait à 1M€, soit 3% des cotisations vieillesse du régime. Selon les hypothèses retenues, la mesure pourrait donc générer à court terme entre 1 et 3% de cotisations vieillesse supplémentaires.

Le régime d'assurance vieillesse des ministres du culte et des membres des congrégations religieuses étant équilibré en tant que de besoin par une contribution de la CNAVTS, la mesure aura également un effet sur les comptes du régime général d'assurance vieillesse.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
CAVIMAC (neutre sur moyenne période)		+0,4 à +1	+0,4 à +1	+0,4 à +1	+0,4 à +1
CNAVTS (neutre sur moyenne période)		+0,4 à +1	+0,4 à +1	+0,4 à +1	+0,4 à +1

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Aucun.

b) impacts sociaux

Cette mesure permettra d'assurer une retraite plus élevée aux assurés qui feront valider leurs périodes de formation religieuse.

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

La mesure permettra aux personnes qui en feront le choix de bénéficier d'une pension plus élevée, en contrepartie du versement de cotisations calculées selon le principe de neutralité actuarielle.

Le coût pour chaque demandeur dépendra de l'âge auquel il fait une demande de rachat (plus la demande est tardive et plus l'opération sera onéreuse). Il dépendra également du choix, laissé à la faculté du demandeur, de racheter soit uniquement pour atténuer la décote (rachat dit « taux seul »), soit à la fois pour atténuer la décote et améliorer sa durée de carrière dans le régime (rachat dit « taux et proratisation »).

A titre d'exemple, un ministre du culte âgé de 30 ans devra verser 961 € pour racheter un trimestre de formation uniquement pour atténuer la décote et 1424 € s'il souhaite racheter ce trimestre à la fois pour atténuer la décote et améliorer sa durée de carrière dans le régime. Un ministre du culte âgé de 50 ans devra verser 1 690 € pour racheter un trimestre uniquement pour le taux et 2 505 € pour le taux et la proratisation.

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

Cette mesure nécessite, pour la CAVIMAC, de gérer les demandes supplémentaires de validation à titre onéreux. Les moyens dont bénéficient actuellement la caisse, tels que prévus dans la convention d'objectifs et de gestion conclus entre cet organisme et ses ministres de tutelle, permettront d'absorber cette charge supplémentaire.

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

La mesure sera gérée par les services de la CAVIMAC dont la charge de travail sera accrue en proportion du nombre de demandes de rachats qui seront introduites.

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

Un texte annuel précise le barème applicable à la validation onéreuse des périodes d'étude. Le texte actuellement applicable est l'arrêté du 18 décembre 2009.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

La mesure consistant à étendre le champ d'application d'un dispositif déjà applicable (rachat d'années d'études), elle ne nécessite pas de délais de mise en œuvre particuliers pour la caisse et pourra être applicable dès le 1er janvier 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés pourront être informés de la mesure par les moyens de communication externes habituels de la caisse (site internet, lettre d'information envoyée à tous les assurés).

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Il n'est pas prévu de suivi particulier de la mise en œuvre de la mesure, celui-ci sera effectué dans le cadre des dispositifs de suivi déjà existant à la CAVIMAC (rapport d'activité, compte-rendu trimestriel d'activité au conseil d'administration).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Pas d'article	Création d'article
	<p data-bbox="615 347 1045 371">Article L382-29-1 du code de la sécurité sociale</p> <p data-bbox="606 384 1053 593">« Art. L. 382-29 - Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1° dudit article, les périodes de formation, accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte, qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes. »</p>

ARTICLE 53

VERSEMENT DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL/MALADIES PROFESSIONNELLES À LA BRANCHE MALADIE DU REGIME GÉNÉRAL

I. Présentation de la mesure

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

L'article L.176-1 du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit qu'il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), au profit de la branche maladie, maternité invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV du code de la sécurité sociale.

En d'autres termes, ce versement permet de compenser la prise en charge par la branche maladie des AT-MP sous-déclarés qui auraient dû être pris en charge par la branche AT-MP.

L'article L.176-2 du même code précise que le montant de ce versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission présidée par un magistrat de la Cour des Comptes remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement avant le 1^{er} juillet de l'année considérée un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP.

A partir de 1997, cinq commissions se sont attachées à l'estimation du versement annuel : celle présidée par M. DENIEL en 1997, celles présidées par Mme LEVY ROSENWALD en 1999 et 2002 et celles présidées par M. Noël DIRICQ en 2005 et 2008. Ces commissions ont rendu des avis qui ont été suivis par le Parlement.

Le tableau ci-dessous retrace les montants reversés par la branche AT-MP depuis 1997 :

Objet	Année	Montant (M€)
Maladies professionnelles	1997	137,20
Maladies professionnelles	1998	138,71
Maladies professionnelles	1999	140,38
Maladies professionnelles	2000	141,02
Maladies professionnelles	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
Maladies professionnelles + accidents du travail	2003 à 2006	330,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2007 et 2008	410,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2009 à 2011	710,00

Cette commission s'est à nouveau réunie au cours du second trimestre 2011 sous la présidence de M. DIRICQ, conseiller-maître à la Cour des Comptes.

Le rapport de cette commission dresse pour commencer un bilan globalement positif des suites données aux préconisations de la commission précédente de 2008, en raison notamment de la mobilisation des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et de la CNAMTS en matière de santé au travail. Il est cependant inégal et certains sujets de préoccupation demeurent : peu de progrès ont été accomplis dans la formation des médecins à l'égard des pathologies médicales ; la commission n'a eu à connaître d'aucune amélioration substantielle dans les pratiques de signalement par les hôpitaux ; enfin, malgré les efforts déployés, la lenteur du travail d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles persiste.

Les comparaisons avec plusieurs pays européens montrent que la France se distingue par le nombre de reconnaissances des maladies professionnelles, essentiellement sous l'effet des reconnaissances

des troubles musculo-squelettiques TMS. Les explications des disparités entre pays s'avèrent complexes, engageant les fondements mêmes des systèmes autant que les pratiques des autorités impliquées.

Le rapport revient par ailleurs sur les causes multiples de la sous-déclaration qui restent toujours les mêmes : méconnaissance par la victime de ses droits ou de l'origine professionnelle de son affection, appréhensions du salarié au regard de l'emploi, de la complexité de la procédure ou du caractère forfaitaire de la prise en charge, pressions de certains employeurs sur les salariés afin d'éviter la déclaration, insuffisante formation et information des médecins, manque d'effectifs de la médecine du travail, difficultés liées à l'enregistrement des soins et prestations en AT-MP par les professionnels de santé et non imputation des dépenses AT-MP par les établissements de santé.

Enfin, le rapport évalue le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général dans la fourchette de 587 à 1 110 M€ soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui de 2008 (564 à 1 015 M€).

La méthodologie générale retenue par la commission a consisté à évaluer un nombre de sinistres sous-déclarés et le coût moyen attaché à ces accidents et maladies. Elle a ainsi rapproché, pour les principales pathologies identifiées, les diverses sources et études épidémiologiques existantes des statistiques des sinistres indemnisés par la branche AT-MP.

Deux éléments techniques ont contribué à la relative proximité avec la précédente estimation de l'estimation 2011 du coût de la sous-déclaration des maladies professionnelles.

D'une part, le périmètre du chiffrage est resté presque identique à celui de 2008, couvrant les cancers d'origine professionnelle (cancers liés à l'amiante, au benzène, au goudron, au bois...), les TMS, les dermatoses allergiques et irritatives, l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et les accidents du travail. Seule la surdité d'origine professionnelle est venue élargir ce champ, faute de données épidémiologiques assez solides pour aborder d'autres nouvelles pathologies, mais elle ne représente qu'un faible coût pour la branche maladie.

D'autre part, le coût de la sous-déclaration sur le poste le plus important, à savoir les cancers d'origine professionnelle, a été approché par une actualisation de celui de 2008, faute de données épidémiologiques nouvelles. Plusieurs méthodes d'évaluation des coûts moyens des cancers ont été testées par la commission qui a décidé, dans la mesure où aucune méthode ne l'emportait sur une autre et dans un souci de continuité, d'utiliser à nouveau les coûts moyens des cancers calculés par l'INCA.

A l'inverse, d'autres facteurs ont joué, bien que dans une moindre mesure, dans le sens d'une modification des chiffres de 2008. Le plus intéressant concerne les TMS, pour lesquels la commission a pu conclure à une diminution du taux de non déclaration, qui se déduit nécessairement de la forte croissance des déclarations due à l'impact des campagnes publiques d'information. Par ailleurs, des évolutions ont été notées concernant les dermatoses (augmentation des cas incidents, diminution des reconnaissances, augmentation des coûts moyens) et les asthmes (diminution des coûts moyens en IJ).

Le rapport formule enfin un certain nombre de préconisations visant, pour l'avenir, à limiter le phénomène de sous-déclaration, et dont l'essentiel porte sur l'amélioration de la formation des médecins et l'aide aux victimes tout au long de la procédure de déclaration. Elles concernent également le contrôle du respect par les entreprises de la réglementation, la prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT-MP, l'accélération du rythme d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles et l'amélioration de la collecte de l'information sur les AT-MP.

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

Mesure proposée :

Compte tenu de ces éléments et notamment de l'évolution de la fourchette d'évaluation de la sous-déclaration, il est proposé une augmentation relativement modérée du montant du versement pour 2012 : 790 M€ (au lieu de 710 M€ en 2011). Cette augmentation ne remet pas en cause l'équilibre financier de la branche pour l'exercice 2012.

Autres options possibles :

Pas d'autre option possible s'agissant de l'application du dispositif prévu par l'article L. 176-2 du CSS,

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

L'article L.176-2 du CSS précise que le montant de la contribution versée par la branche AT/MP à la branche maladie du régime général 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 de la branche AT/MP du régime général 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Le versement est codifié, dans son principe, par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale. Codifier son montant fixé chaque année ne présente pas d'intérêt.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Le régime général de la sécurité sociale couvre quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 +)				
	2011 (rectificatif)	2012	2013	2014	2015
Branche AT-MP		- 790 M€			
Branche maladie		+ 790 M€			

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

Sans objet.

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

Sans objet s'agissant d'un simple transfert financier entre branches du régime général.

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

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Non

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Sans objet

ARTICLE 54

DOTATIONS FIVA ET FCAATA

DOTATION 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 1^{er} juillet.

De sa création à 2010, le FIVA a été doté de 3,052 Mds€ dont 2,683 Mds€ provenant de la branche AT/MP. Pour 2011, la contribution de celle-ci a été fixée à 340 M€ (contre 315 M€ de 2006 à 2010) compte tenu de la modification, à compter de cette même année, des règles de prescription applicables aux victimes de l'amiante et à leurs ayants droit.

Au 31 décembre 2011, le montant total des dépenses devrait s'établir à 535 M€ (dont 525 M€ au titre des indemnisations provisions incluses) ; le résultat de l'exercice serait de -94 M€ et le résultat cumulé à fin 2011 serait égal à 165 M€. Ce niveau de dépenses est inférieur aux prévisions du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2011 (600 M€) en raison de la conjonction de difficultés de personnel qui affectent toute la chaîne de traitement des dossiers et d'une mise en application plus tardive que prévue du nouveau système informatique, qui ne pourra engendrer des gains de productivité que sur une partie de l'année.

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

Mesure proposée :

Pour 2012, les dépenses devraient s'élever à 450 M€, dont 441 M€ au titre des indemnisations provisions incluses. Sur cette base, compte tenu par ailleurs des autres produits et du résultat net cumulé prévu pour 2011, la dotation allouée au FIVA au titre de 2012 peut être fixée à 315 M€, comme elle a l'a été au titre des années 2006 à 2010¹. Le résultat net cumulé du FIVA au 31 décembre 2012 s'établirait alors à 131 M€.

Autres options possibles : aucune

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 pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée à 315 millions, trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1^o 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

¹ La dotation AT-MP pour 2011 avait été exceptionnellement portée à 340 M€, compte tenu notamment des dispositions nouvelles relatives à la prescription des demandes devant le FIVA contenues dans la LFSS 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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

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>				
	2011	2012	2013	2014	2015
CNAMTS, branche ATMP		-315			

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

La mesure permet de poursuivre la mise en œuvre du processus d'indemnisation des personnes concernées.

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

La mesure est gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure est 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.

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 les 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 économique, efficience) ?

Sans objet.

DOTATION 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 pour 1999. Il s'adresse aux salariés du régime général ou du régime agricole atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante et aux salariés du régime général ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flocage ou de calorifugeage à l'amiante, dans certains établissements de construction et de réparation navale et dans certains ports, sous réserve que ces établissements ou ports figurent sur une liste déterminée par arrêté.

Il est financé, essentiellement, par une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que par une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac et une contribution du régime agricole.

Au 31 décembre 2010, 30 595 personnes bénéficiaient du dispositif.

Le Fonds est revenu à l'équilibre en 2010 avec un solde excédentaire positif de 9 M€ qui devrait s'élever à 39 M€ en 2011. On observe en effet, depuis 2009, une diminution des dépenses (- 0,2 % en 2009 et - 2,9 % en 2010) traduisant la fin de la montée en charge du dispositif, les sorties d'allocataires dépassant, depuis 2008, le nombre d'entrées. Cette baisse se poursuivrait en 2011 à - 1,7 %, puisque les dépenses passeraient de 900 M€ en 2010 à 884 M€ prévus. A l'inverse, les recettes augmentent légèrement de 909 M€ en 2010 à 923 M€ en 2011 en raison notamment du maintien à 33 M€, comme en 2010, des droits sur la consommation des tabacs cumulé et de l'augmentation continue de la contribution du régime général. Le déficit cumulé depuis 2000 diminue en 2011 mais reste élevé, à 236 M€ au lieu de 275 M€ en 2010.

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

Mesure proposée :

Compte tenu des autres ressources dont dispose le Fonds (33 M€ de droits sur les tabacs et 0,3 M€ de contribution de la MSA estimés pour 2011), il est proposé de fixer la dotation au FCAATA à 890 M€ pour l'année 2012, comme en 2011.

En effet, le choix qui a été fait, jusqu'ici, alors même que les charges de prestations du FCAATA diminuent (929 M€ en 2008, 926 en 2009, 900 en 2010, prévision de 884 pour 2011 et 865 pour 2012), est de maintenir la contribution ATMP à un niveau identique ou supérieur à celui des années précédentes (850 M€ pour 2008, 880 pour 2009 et 2010, 890 pour 2011), afin d'apurer à terme la dette du Fonds de 305 M€ envers la CNAMTS correspondant aux avances faites par cette dernière afin d'assurer les prestations du Fonds, tout en gardant une marge de sécurité en cas de hausse imprévue du nombre d'allocataires. Par ailleurs, il doit être tenu compte de la dépense supplémentaire correspondant à la prise en charge du coût, pour la CNAV, du maintien à 60 ans du départ en retraite des bénéficiaires de l'ACAATA : 23 M€ pour 2012 contre 6 M€ en 2011.

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

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 prévoit que le FCAATA 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 pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée à 890 millions, trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 de fixer une dotation annuelle.

b) Abrogation de dispositions obsolètes.

Non.

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

Le FCAATA intervient dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), 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, Mayotte)	Oui Sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer -Saint-Pierre et Miquelon -Saint-Martin et Saint Barthélemy -autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

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>				
	2011 (rectificatif)	2012	2013	2014	2015
Branche AT-MP		- 890			

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques.

Sans objet.

b) impacts sociaux.

La mesure permet le paiement de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante à ses bénéficiaires.

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

Aucun.

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

Aucun.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi :

La mesure est 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 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 les indicateurs attachés à ce PQE

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficacité 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 économique, efficacité) ?

Sans objet.

ARTICLE 55

CONTRIBUTION DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES AU DÉPART EN RETRAITE ANTICIPÉE POUR PÉNIBILITÉ

I. Présentation de la mesure

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

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré un dispositif de retraite ouvert à raison de la pénibilité. Ce dispositif, applicable depuis le 1^{er} juillet 2011, a pour finalité d'abaisser à 60 ans l'âge légal d'ouverture du droit à pension et de calculer la pension au taux plein quelle que soit la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes (article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale). Il est ouvert aux assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10% reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle ».

Les dépenses supplémentaires liées à ce dispositif sont financées par le versement d'une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) à la branche retraite (premier alinéa de l'article L. 241-3 du CSS). Le montant de cette contribution est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (2^{ème} alinéa de l'article L. 242-5 du CSS). Cette contribution a été fixée à 35 M€ pour 2011.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de fixer à 110 M€ le montant de la contribution de la branche pour l'année 2012.

Autres options possibles :

Pas d'autre option possible s'agissant de l'application du dispositif prévu par l'article L. 242-5 du CSS,

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

Le cinquième alinéa de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale prévoit que le montant de la contribution versée par la branche des ATMP à la branche retraite 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 de la branche accidents du travail-maladies professionnelles du régime général trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1^o 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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.

La mesure n'est pas codifiée s'agissant d'une dotation dont le montant est fixé chaque année.

b) Abrogation de dispositions obsolètes.

Non.

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

Le dispositif de la retraite pour pénibilité est applicable dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. .

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 branche retraite évalue entre 64 M€ et 131 M€ le coût de la retraite anticipée pour pénibilité en 2012 (selon les effectifs envisagés). Par ailleurs, en raison de la montée en charge assez progressive de ce dispositif, les dépenses pour 2011 devraient être inférieures aux 35 M€ initialement prévus et reçus de la branche ATMP, pour se situer plutôt entre 15 et 20 M€.

Une dotation de 110 M€ au titre de 2012 s'ajoutant au reliquat de 2011 suffirait donc à couvrir les dépenses de la branche retraite au titre de la pénibilité, en se basant sur l'hypothèse haute de la CNAV (flux : 15 000 en 2011 ; 12 200 en 2012).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P	2013	2014	2015
CNAMTS, branche ATMP		-110			

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

Le dispositif de retraite lié à la pénibilité est géré par les caisses de retraite.

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

Aucun

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi :

La mesure est 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

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Les caisses de retraite assurent le suivi de la mise en œuvre du dispositif de retraite lié à la pénibilité et produisent les données statistiques y afférentes.

ARTICLE 57

AMÉLIORATION DES AIDES A LA GARDE POUR LES FAMILLES MONOPARENTALES AINSI QUE POUR LES PARENTS HANDICAPÉS AYANT DE JEUNES ENFANTS ET SIMPLIFICATION DE L'ACCÈS AUX AIDES À LA GARDE DE JEUNES ENFANTS

I. Présentation de la mesure

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

Une famille sur cinq est monoparentale (trois sur dix dans les zones urbaines sensibles). Au total, en 2009, on compte 1,6 million de foyers monoparentaux et 2,7 millions d'enfants de moins de 20 ans vivant quotidiennement avec un seul de ses parents¹. De plus, 85% des foyers monoparentaux sont constitués d'une femme et d'un ou plusieurs enfants. Or, ce public, en forte croissance est particulièrement vulnérable et est davantage confronté au risque de précarité.

Par rapport aux couples où les deux parents ont un emploi, les familles monoparentales ont plus souvent recours aux modes d'accueil collectifs (31% contre 20%) ainsi qu'à la famille et aux amis (44% contre 21%). A contrario, elles ont deux fois moins recours aux modes de garde individuels (19% contre 41%)². L'enquête modes de garde et d'accueil des jeunes enfants menée par la DREES en 2007 conduit à des résultats encore plus contrastés. 71% des enfants de foyers monoparentaux sont gardés principalement par leur parent (contre 62 % des enfants dont les parents vivent en couple).

Près de la moitié des jeunes enfants de foyers monoparentaux, qui ne sont pas gardés à titre principal par leur parent, est accueillie en crèche et un peu plus du quart seulement est accueilli par un assistant maternel (respectivement 45 et 27 % des enfants non gardés à titre principal par leur parent). D'après les statistiques de gestion de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), les foyers monoparentaux représentent 6 % des bénéficiaires du complément mode de garde pour un assistant maternel.

Cependant, aujourd'hui, les prestations versées dans le cadre de la PAJE pour solvabiliser la demande de garde, et en particulier les différents plafonds applicables au complément de libre choix du mode de garde (CMG), ne tiennent pas compte de la situation d'isolement de l'allocataire, à la différence d'autres prestations, telles que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), le complément familial ou l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) qui prévoient une majoration pour les parents isolés ou un plafond spécifique.

Par ailleurs, selon l'étude « Handicaps, incapacités, dépendance » de l'Insee publiée en 2002, plus d'un Français sur quatre souffre d'une incapacité, d'une limitation d'activité ou d'un handicap (26,4% des français soit 11.840.208 individus). Cette étude précise également qu'environ 2,3 millions de personnes, vivant à leur domicile, perçoivent une allocation, une pension ou un autre revenu en raison d'un handicap ou d'un problème de santé. Ainsi, 42% des personnes vivant à domicile déclarent rencontrer des difficultés physiques (13% de déficiences motrices, 10% de déficiences organiques), sensorielles (11%), intellectuelles ou mentales (7%) dans la vie quotidienne.

Compte tenu de ces difficultés, l'intervention d'un tiers au domicile qui apporte une aide matérielle, éducative et/ou sociale des familles permet le maintien de l'autonomie des familles, surtout lorsqu'il s'agit du handicap de parents qui ont de jeunes enfants et qui ont besoin d'une aide humaine pour accomplir les actes de la vie quotidienne relatifs à leur fonction parentale.

Enfin s'agissant des familles accueillant un nouvel enfant, il a été constaté des difficultés relatives à la date de détermination de l'ouverture du droit au CMG au titre du nouvel enfant. Ces difficultés liées à l'interprétation des dispositions actuelles du code de la sécurité sociale et des procédures mises en place par PAJEMPLI conduit à ne pas verser le CMG pour les premiers mois de garde du nouvel

¹ Source : avis sur les ruptures et discontinuité de la vie familiales adopté par le Haut conseil de la famille (HCF) lors de sa séance du 8 juillet 2010

² Rapport du HCF sur « les aides apportées aux familles qui ont un enfant de moins de trois ans », 2010.

enfant, alors même que les parents estiment avoir effectué dans les délais les démarches nécessaires.

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

Actuellement, le complément libre choix du mode de garde (CMG) de la PAJE consiste en :

- une prise en charge, à hauteur de 85 %, de la rémunération nette du salarié, dans la limite d'un plafond variable selon les revenus des parents ;
- une prise en charge des cotisations et contributions sociales dues par le particulier employeur (à hauteur de 100 % pour un assistant maternel et à 50 % pour une garde à domicile).

Il existe trois niveaux de prise en charge du salaire, selon les ressources de l'allocataire :

Nombre d'enfants à charge	Revenus 2009		
	Inférieurs à	Ne dépassant pas	Supérieurs à
1 enfant	20 079 €	44 621 €	44 621 €
2 enfants	23 118 €	51 374 €	51 374 €
3 enfants	26 765 €	59 478 €	59 478 €
4 enfants	30 412 €	67 582 €	67 582 €
Age de l'enfant	Montant mensuel de la prise en charge		
Moins de 3 ans	448,25 €	282,65 €	169,57 €
De 3 à 6 ans	224,13 €	141,35 €	84,79 €

Un minimum de 15 % du salaire versé doit rester à charge.

Trois types de mesures seraient prises :

- **Créer un barème de ressources spécifique pour le CMG de la PAJE en faveur du parent isolé**, comme c'est le cas pour l'allocation de base de la PAJE ou le complément familial, afin de tenir compte des difficultés particulières que connaissent ces familles lorsqu'elles ont de jeunes enfants nécessitant des frais de garde. La mesure consisterait à augmenter de 40% les barèmes de ressources du CMG pour les familles monoparentales.
- **Octroi d'une aide spécifique aux parents handicapés ayant de jeunes enfants en majorant le montant plafond du CMG de la PAJE.**

Il s'agirait de mieux aider financièrement les parents handicapés ayant recours à une aide à domicile pour s'occuper de leurs enfants. Au titre de leur situation de dépendance, ils bénéficieraient alors d'un versement d'une majoration du complément de libre choix du mode de garde de la PAJE de 30 % en cas de situation de handicap de l'un des deux parents ou du parent isolé, quel que soit le CMG concerné³.

La règle du reste à charge de 15 % resterait applicable. Une autre option envisageable pourrait conduire à réduire ce seuil de reste à charge, uniquement pour ce public, pour le porter par exemple à 5 %.

Le public bénéficiaire de ce CMG majoré de 30 % serait celui des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ayant un enfant de moins de 6 ans, public d'ores et déjà identifié par les CAF.

On dénombre environ 21 600 personnes susceptibles d'être concernées, car bénéficiant à la fois de l'AAH et ayant en charge un enfant de moins de 3 ans. En élargissant le dispositif aux mêmes bénéficiaires ayant un enfant de 3 à 6 ans, 25 600 familles supplémentaires seraient potentiellement concernées.

- **Prévoir expressément la dispense de demande formelle du CMG pour un nouvel enfant, quand un CMG est déjà perçu pour un autre enfant**

³ Le CMG peut être versé en cas de rémunération directe du salarié par le parent, ou bien lorsque celui-ci a recours à une association ou une entreprise qui emploie une assistante maternelle ou une garde à domicile.

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

Ces mesures, qui nécessitent une modification des articles L .531-5, L. 531-6 et L. 531-7 du code de la sécurité sociale, ont un impact direct sur les dépenses de la branche famille (6 M€ en année pleine) et relèvent de ce fait de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du même 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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) ?

Elle est compatible avec le droit européen.

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

a) possibilité de codification

Elle modifie des articles du code de la sécurité sociale (L .531-5, L. 531-6 et L. 531-7).

b) abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure sera applicable dans 4 DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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

a. Barèmes de ressources du CMG monoparental

La mesure consiste à augmenter de 40% les barèmes de ressources du CMG pour les familles monoparentales. En 2007, sur les 4700 familles monoparentales bénéficiaires du CMG médian, environ 3000 se situent en dessous du barème du CMG maximum s'il est revalorisé de 40%. Sur les 900 familles bénéficiaires du CMG minimum, 400 se situent en dessous du barème du CMG médian revalorisé de 40%.

Cette mesure présente un coût de 4 M€, avec environ 3 400 familles gagnantes. Avec ce scénario, les familles monoparentales bénéficiaires du CMG maximal représenteraient 90 % des familles monoparentales bénéficiaires du CMG, au lieu de 79 % actuellement.

Pour 2012, l'impact sera divisé par deux, la mesure étant mise en œuvre à partir de juin 2012.

b. Majoration du montant plafond du CMG en cas de handicap des parents

D'après les données de la CNAF, 12 068 couples ou monoparents bénéficiaires de l'AAH ont un taux d'incapacité de 50 à 80% et 9 570 couples ou monoparents bénéficiaires de l'AAH ont un taux d'incapacité supérieur à 80%. Total : 21 638 familles avec enfants de moins de 3 ans.

Par ailleurs, compte tenu du fait que le CMG peut être versé jusqu'aux 6 ans de l'enfant, il pourrait être envisagé d'étendre le dispositif jusqu'à cet âge et donc de couvrir en plus 25 603 familles bénéficiaires de l'AAH ayant des enfants de 3 à moins de 6 ans.

Le public ouvrant droit au présent dispositif s'élèverait alors au total à 47 241 familles.

A ce jour, 3% des 21 638 familles d'enfant de 0 à 3 ans sont en outre bénéficiaires du CMG, ce qui correspond à un total de 649 familles concernées par une éventuelle réforme du CMG en faveur des parents handicapés de jeunes enfants. Par ailleurs, 1,7% des 25 603 familles avec enfant de 3 à 6 ans sont en outre bénéficiaires du CMG, soit 451 familles supplémentaires concernées.

Au final, environ 1 100 familles bénéficiaires de l'AAH avec un enfant de 0 à 6 ans seraient donc directement concernées.

En première approximation, en retenant le montant moyen de CMG versé annuellement à une famille (environ 6 215 € de prise en charge de rémunération et de cotisations sociales en 2010), une majoration de 30 % du CMG pour environ 1 100 bénéficiaires aurait un coût d'environ 2 M€, ce qui correspond pour une famille à environ 155 € mensuels en plus.

Au titre de l'année 2012, le coût est calculé à mi-année compte tenu de la date envisagée de mise en œuvre (mesure nécessitant des adaptations informatiques) et du nécessaire temps de montée en charge du dispositif.

c. CMG 2^{ème} demande : Mesure de simplification pour les parents utilisateurs de Pajemploi.

Un certain nombre de parents déclarent sur le site de Pajemploi employer une personne pour faire garder leurs enfants sans faire une demande préalable auprès des organismes débiteurs des prestations familiales (ODPF) au titre de la nouvelle naissance. Tant que cette demande auprès des ODPF n'est pas faite, le droit au CMG n'est pas ouvert. Les parents perdent ainsi en moyenne deux mois de CMG. En 2009, 110 000 familles bénéficient du CMG pour au moins 2 enfants. Parmi elles, 71% bénéficient du CMG médian, 16% du CMG maximum et 14% du CMG minimum. Ainsi, si toutes ces familles ne bénéficient pas du CMG qui leur est dû pendant 2 mois, l'indu serait de 65 M€ en 2011.

Il est évident que toutes les familles sont loin d'être concernées. En partant de l'hypothèse que seules 10% des familles sont concernées, le coût de cette mesure en année pleine peut être estimé à 6,5M€.

La mesure permettra donc à davantage de parents de bénéficier du CMG et générera moins d'indus sur cette prestation. Elle permettra aussi d'annuler moins de décisions de CRA qui aujourd'hui donnent raison aux familles.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2010	2011 P ou R	2012	2013	2014
Plafond CMG monoparental			-2	-4	-4
CMG handicap			-1	-2	-2
CMG 2 ^{ème} demande			-6,5	-6,5	-6,5

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 :

Ces mesures devraient permettre aux familles monoparentales et aux parents handicapés à mieux solvabiliser leurs dépenses de garde de jeunes enfants

Elle permettra également de rémunérer davantage d'heures d'aides à domicile s'agissant de la mesure en faveur des parents handicapés.

c) impacts sur l'environnement

Aucun 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

Aucun impact.

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

La mesure sera gérée par les CAF et les caisses locales de la MSA.

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

Modification nécessaire du système d'information de la branche famille

d) impact budgétaire :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi :

La mesure permettra de rémunérer davantage d'heures d'aides à domicile

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 est nécessaire (modification des articles D. 531-18 et D. 531-23-1 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

Délais de mise en œuvre informatique (juin 2012).

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants :

Informations à diffuser par les Caf, par Pajemploi, maisons départementales du handicap

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

La CNAF sera chargée de produire des données relatives à l'application de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Dispositions actuelles	Dispositions modifiées
<p>Article L. 531-5</p> <p>I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.</p> <p>Ce complément comprend :</p> <p>a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;</p> <p>b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.</p> <p>Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule dispose d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Le montant de ce revenu diffère selon que la charge des enfants est assumée par un couple ou par une personne seule. Un décret précise les conditions dans lesquelles ces modalités sont adaptées aux non-salariés. Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.</p> <p>La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :</p> <ul style="list-style-type: none">-lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;-lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;-aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat. <p>II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.</p> <p>Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond</p>	

par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III.-La rémunération de la personne qui assure la garde du ou des enfants est prise en charge, pour une part fixée par décret du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'[article L. 773-3 du code du travail](#). Cette prise en charge ne peut excéder un plafond fixé en fonction des ressources de la personne ou du ménage et des horaires spécifiques de travail des parents. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du même code.

IV.-Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article [L. 531-1](#), le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite.

V.-Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.

Article L. 531-6

Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde. Le montant versé varie en fonction des revenus du ménage ou de la personne et des horaires spécifiques de travail des parents.

III.-L'**aide versée au titre de la prise en charge partielle** de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants **est égale** à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article **L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles**. Elle est calculée **par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail**.

Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

- lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;
- lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code.

Article L. 531-6

Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde. **Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :**

- lorsque la personne seule ou les deux

Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article [L. 531-5](#), les montants versés sont réduits.

L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.

L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.

Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'[article L. 2324-1 du code de la santé publique](#), dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret.

Article L. 531-7

Le droit au complément est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée. Il cesse au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'une des conditions cesse d'être remplie.

membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

- **lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code.**

Article L. 531-7

Le droit au complément est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée. **Toutefois, le droit est ouvert à compter du premier jour du mois civil où les conditions en sont remplies lorsqu'un droit est déjà ouvert au titre d'un enfant.**

Il cesse au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'une des conditions cesse d'être remplie.

ARTICLE 58

REFORME DE L'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL DIFFERENTIELLE

I. Présentation de la mesure

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

Les effets pervers du régime d'attribution de l'allocation de soutien familial (ASF) différentielle soulignés par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale en septembre 2010 et par le Haut conseil de la famille dans son avis sur les ruptures et les discontinuités de la vie familiale adopté le 8 juillet 2010, rendent nécessaire une réforme de son régime d'attribution pour les petites pensions alimentaires.

Le régime actuel d'attribution du montant de l'ASF, défini à l'article L.581-2 du code de la sécurité sociale, prévoit que la prestation peut être versée soit intégralement en cas de soustraction totale du débiteur au versement de la pension alimentaire, soit partiellement en complément du montant versé par le parent débiteur lorsque ce versement n'atteint pas le montant de la pension alimentaire mise à sa charge par le juge aux affaires familiales (JAF), et que la pension alimentaire est inférieure au montant de l'ASF (88,44€ par mois en 2010).

En cas de défaillance totale du débiteur, pour des raisons tenant à la simplicité de gestion, le montant de l'ASF est donc intégralement versé, que le montant de la pension alimentaire soit supérieur ou inférieur à 88,44 €. En cas de défaillance partielle du débiteur, c'est-à-dire lorsque son versement n'atteint pas le montant de la pension alimentaire fixée, un complément d'ASF est versé dans la limite du montant de l'ASF si la pension est supérieure à l'ASF, mais dans la limite de la pension alimentaire si celle-ci est inférieure à l'ASF.

Le régime actuel d'attribution de l'ASF ne favorise donc pas les parents débiteurs qui font l'effort de payer partiellement la pension alimentaire mise à leur charge par une décision de justice. Il crée une inégalité de traitement entre les créanciers de petites pensions (montant inférieurs à l'ASF) selon qu'elles sont payées ou pas (la différentielle joue dans un cas jusqu'au montant de la pension et dans l'autre cas, l'ASF totale est versée). Il n'incite donc pas JAF à fixer des pensions d'un montant inférieur à l'ASF alors qu'elles sont symboliquement importantes pour maintenir ou restaurer les liens parent/enfant. En pratique, les deux parents ont intérêt à ce que la pension alimentaire fixée à un niveau inférieur à l'ASF ne soit pas payée pour que le parent gardien puisse bénéficier d'une ASF supérieure à la pension (sachant que le débiteur ne se verra réclamer que le montant de la pension alimentaire).

C'est pourquoi le Gouvernement souhaite réformer le régime actuel d'attribution de l'ASF pour les petites pensions alimentaires d'un montant inférieur à celui de l'ASF. Cette réforme permettra d'apporter un petit coup de pouce supplémentaire aux familles monoparentales fragiles en cas de paiement partiel de la pension alimentaire, et corrigera les inégalités de traitement entre les créanciers de petites pensions.

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

Mesures proposées :

Le champ de la réforme est celui des familles monoparentales bénéficiaires d'une pension alimentaire inférieure au montant de l'ASF (soit 88,44 €), la situation reste donc inchangée pour les créanciers d'une pension supérieure à 88,44 €.

La mesure proposée vise à permettre le versement de l'ASF dans la limite du montant complet de l'ASF (88,44 €), en cas de défaillance partielle du débiteur, alors qu'aujourd'hui l'ASF est versée dans la limite du montant de la pension alimentaire fixée par le JAF.

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

Cette mesure, qui nécessite une modification de l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale, a un impact direct sur les dépenses de la branche famille et relève de ce fait de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du même 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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) ?

Elle est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification :

Les mesures modifient des dispositions du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non

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

Les mesures sont applicables dans 4 DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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

Selon la CNAF, le nombre actuel d'allocataires d'une ASF différentielle (c'est-à-dire ceux pour lesquels l'ASF est versée à hauteur de la pension alimentaire fixée ou de l'ASF) s'élève à 500. En considérant que le montant moyen des pensions alimentaires fixées en dessous du montant de l'ASF est de 68 € (données du Ministère de la justice), **le surcoût de cette mesure serait de 120 000 € la première année de mise en œuvre.**

Mais la mesure proposée aura probablement un effet de comportement sur les juges aux affaires familiales qui n'hésiteront plus à fixer des pensions alimentaires d'un faible montant, une défaillance partielle du débiteur permettant une compensation à hauteur du montant de l'ASF pour une personne seule et non plus seulement à hauteur du montant de la pension alimentaire fixée.

Même s'il est difficile de l'évaluer, l'effet incitatif de cette mesure sur la fixation d'une pension fusse-t-elle d'un montant faible permettra de dégager des économies pour la branche famille, évaluées à terme à 1 M€, sur le flux des pensions (les juges fixeront sur le flux, à la place de pensions nulles, de petites pensions). A cette économie, s'ajoutera l'économie réalisée sur le stock de l'ASF, si des parents qui s'entendaient auparavant pour ne pas payer de pension, décident de la payer, au moins partiellement, puisque cela ne pénalisera plus leur ex conjoint en matière d'ASF. Cela pourrait doubler le montant d'économies attendu.

	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -)</i>				
	<i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2011 <i>(rectificatif)</i>	2012 <i>P ou R</i>	2013	2014	2015
ASF différentielle		- 0,12	0,5 M€	1 M€	

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

Détail du chiffrage :

Première année: surcoût 120 000€

Deuxième année, on passe de 500 ASF différentielles à 1500, donc 1000 pensions non nulles fixées à la place de pensions nulles.

On a un surcoût d'ASF différentielle, avec une pension payée en moyenne à 58€: $1500 \times 30 (88-58) \times 12 = 540\,000\text{€}$; Et des économies d'ASF: $1000 \times 88,44 \times 12 = 1,06\text{ M€}$, ce qui fait donc 520 000€ d'économies la deuxième année;

Troisième année: on passe à 3500 ASF différentielles, donc 3000 pensions non nulles fixées à la place de pensions nulles.

Surcoût, avec une pension moyenne à 40 €: $3500 \times 48 (88-40) \times 12 = 2,016\text{ M€}$; Et économies: $3000 \times 88,44 \times 12 = 3,18\text{ M€}$, ce qui fait donc 1,1 M€ d'économies.

Le calcul est fait uniquement sur le flux des nouvelles pensions (il y aura peut être aussi des changements de comportement sur le stock) et avec l'hypothèse que le montant moyen de la pension baisse, sous l'effet de la réforme.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Aucun impact

b) impacts sociaux

La mesure portant sur l'ASF différentielle apportera un coup de pouce financier aux bénéficiaires de l'ASF pour lesquels le débiteur a versé partiellement la pension alimentaire d'un montant inférieur à 88,44 € mise à sa charge par le juge aux affaires familiales

c) impacts sur l'environnement

Aucun 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 :

Aucun impact

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

Les mesures seront gérées par les CAF et les caisses locales de MSA.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information : modifications du système d'information de la branche famille

Modification nécessaire du système d'information de la branche famille

d) impact budgétaire

Les mesures seront gérées avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

Les mesures seront gérées 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

Modification de la circulaire du ministère des affaires sociales et de l'emploi du 15/07/85 qui précise le régime de l'ASF différentielle

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Les délais de mise en œuvre dépendent des adaptations du système informatique.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Elles seront assurées par les CAF et les caisses locales 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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

La CNAF sera chargée de produire des données relatives à l'application de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Dispositions actuelles	Dispositions modifiées
<p>Mesure ASF différentielle</p> <p>Article L. 581-2</p> <p>Lorsque l'un au moins des parents se soustrait totalement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, l'allocation de soutien familial est versée à titre d'avance sur créance alimentaire.</p> <p>L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure.</p> <p>Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle.</p> <p>Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, à hauteur de la créance alimentaire susvisée, sans toutefois pouvoir excéder le montant de l'allocation de soutien familial.</p> <p>L'organisme débiteur de prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier.</p>	<p>Article L. 581-2</p> <p>Lorsque l'un au moins des parents se soustrait totalement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, l'allocation de soutien familial est versée à titre d'avance sur créance alimentaire.</p> <p>L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure.</p> <p>Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial.</p> <p>Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, à hauteur de la créance alimentaire susvisée, sans toutefois pouvoir excéder le montant de l'allocation de soutien familial.</p> <p>L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis à l'allocataire.</p>

ARTICLE 60

FIXATION DU MONTANT PRIS EN CHARGE PAR LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE AU TITRE DU FINANCEMENT DU MINIMUM CONTRIBUTIF

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'incapacité (à 60 ans pour la génération 1950), mais dont les salaires reportés au compte sont faibles.

Le minimum contributif est en outre majoré, en vertu de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009, pour les assurés totalisant au moins 120 trimestres effectivement cotisés.

Ce dispositif 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.

En vue de clarifier le financement des prestations vieillesse relevant de la solidarité nationale, et dans la poursuite des étapes déjà acquises en ce sens¹, la LFSS pour 2011 a prévu la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) d'une partie des dépenses engagées par le régime général et les régimes alignés (salariés agricoles et indépendants) au titre du minimum contributif. Ces dispositions ont marqué un pas supplémentaire dans 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.

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, lequel dresse la liste des dépenses à la charge du FSV, prévoit ainsi, en son 2°, le financement par le Fonds d'« *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.* ».

Cette opération, qui a eu pour conséquence de réduire les dépenses à la charge desdits régimes, a été permise grâce à l'affectation au FSV, à l'occasion de la réforme des retraites de 2010, de ressources nouvelles à hauteur de 3,5 Md€.

Au titre de l'exercice 2011, le régime général a ainsi bénéficié de 3 Md€ de transfert, le régime des salariés agricoles de 0,4 Md€ et le RSI enfin de 0,1 Md€. D'après les données statistiques disponibles, ces montants correspondent à près de 56 % de la dépense totale des régimes.

En vertu de l'article L. 135-2 précité, il revient désormais au législateur de fixer la contribution du FSV au financement du minimum contributif pour l'année 2012.

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

Mesure proposée :

Dans le prolongement du schéma ci-dessus présenté dans le cadre de la réforme des retraites de 2010, il est proposé, pour l'année 2012, de fixer la participation du FSV de façon à ce que ce dernier contribue globalement à hauteur des recettes qui lui ont été transférées à l'occasion du « Rendez-vous retraites ».

Pour l'exercice 2012, la loi de financement pour 2011 a prévu que le FSV bénéficierait à ce titre :

¹ La logique de transfert a déjà été engagée par la LFSS pour 2010 qui a prévu dans son article 70 le financement par le Fonds de solidarité vieillesse 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.

- d'une fraction égale à 16,7 % du produit de la taxe sur les salaires ;
- du produit de la nouvelle contribution sur les retraites chapeaux ;
- de la totalité du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) additionnelle ;
- d'une part du forfait social, équivalente, pour la section 1 du Fonds, au taux de 3,58 % à compter de l'année 2012 (contre 2,45 % en 2011).

Au total, les recettes affectées au Fonds dans le cadre de la réforme des retraites sont estimées à 3,9 Md€ pour 2012. De façon symétrique, il est proposé que la prise en charge par le FSV du financement du minimum contributif progresse pour s'élever à **3,9 Md€** contre 3,5 Md€ en 2011.

Autres options possibles :

Outre la prise en compte des recettes nouvelles pour 2012 prévues en LFSS pour 2011, une autre option aurait pu consister à prendre en compte également les mesures prévues dans le cadre du plan annoncé par le Premier Ministre le 24 août 2011, qui se traduiront par un surcroît de recettes de 170 M€ pour le FSV en 2012. Le Gouvernement a toutefois souhaité affecter ces recettes nouvelles à la réduction du déficit du FSV.

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

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prescrit que le montant du transfert du FSV vers les régimes au titre du minimum contributif est fixé en loi de financement de la sécurité sociale.

La mesure prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a, en premier lieu, un impact direct sur les dépenses des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base (1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale), ce qu'est le FSV. Elle a également, en second lieu, un impact sur les recettes des régimes obligatoires de base vieillesse que financent le FSV (1° du B du V de ce même article LO. 111-3).

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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etat 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

Le code de la sécurité sociale précise que la contribution du FSV au titre du minimum contributif est fixée chaque année en LFSS.

b) abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Le FSV finance des régimes de retraite intervenant dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion) à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les charges du FSV au titre du minimum contributif s'élèveront à 3,9 Md€, dont 3,4 Md€ au bénéfice de la CNAV, 0,4 Md€ au bénéfice du régime des salariés agricoles et 0,1 Md€ au bénéfice du régime des indépendants.

Par convention, l'impact financier présenté dans le tableau ci-dessous fait apparaître l'écart entre le montant de la contribution 2011 et celui proposé pour 2012, soit une charge supplémentaire de 0,4 Md€ pour le FSV et, de façon symétrique, une ressource supplémentaire à due concurrence 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 +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
FSV		- 0,4 Md€			
CNAV		+ 0,4 Md€			

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, la mesure consistant seulement à fixer la répartition du financement du minimum contributif entre les régimes et le FSV et n'ayant donc aucun effet sur les droits des 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

Aucun : il s'agit uniquement d'un transfert financier entre le FSV et les régimes concernés, sans modification du dispositif existant pour les assurés.

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

Non significatif.

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 législative de transfert du financement est directement applicable pour 2012.

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

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Sans objet.

ARTICLE 62

MUTUALISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION DANS LES MISSIONS DES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

I. Présentation de la mesure

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

La désignation de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) comme maître d'œuvre du projet de portail français pour les échanges européens des données de sécurité sociale (EESSI) a soulevé la question de la nécessité d'un appel d'offre pour procéder à la désignation de ce maître d'œuvre.

La création, par la loi, d'une mission transversale nouvelle permettant aux organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale, par voie de convention ou par décret, de désigner un des leurs en tant qu'opérateur chargé de l'étude, de la réalisation et de la mise en œuvre de projets mutualisés de systèmes d'information, est nécessaire pour écarter cette question et renforcer une politique de mutualisation des actions dans ce domaine qui est génératrice d'économies d'échelle conséquentes.

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

Mesure proposée :

Inscrire au niveau de la loi au titre des missions des organismes de sécurité sociale la possibilité de mettre en œuvre des systèmes d'information mutualisés et leur permettre ainsi d'être désignés en toute sécurité juridique, au regard des règles relatives aux marchés publics, pour réaliser de tels systèmes aux fins de satisfaire leurs besoins communs et de réaliser ainsi des économies de gestion.

Les organismes de sécurité sociale concernés sont les régimes obligatoires de sécurité sociale qui pourront ainsi mener des projets mutualisés dans le périmètre des organismes participant au répertoire national commun de protection sociale (RNCPS), soit les régimes obligatoires de sécurité sociale, le régime d'assurance chômage, les régimes de retraite complémentaires ou additionnels obligatoires ainsi que les caisses de congés payés.

Autres options possibles :

Pas d'autres options possibles qu'un article de loi pour sécuriser juridiquement le dispositif et assurer ainsi la pérennité des dispositifs de mutualisation.

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

Cette mesure est relative aux dépenses, pour les années à venir, de développement des systèmes d'information mutualisés et constitue donc une disposition modifiant les règles d'organisation ou de gestion interne de ces régimes et des organismes concourant à leur financement ayant pour objet ou pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale (3° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale). Elle permet un montant d'économies de 180 M€ d'ici 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, de l'UNOCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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 conforme à la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européenne (CJCE, 9 juin 2009, *Commission contre Allemagne*, aff.C-480/06) qui indique que ce type de coopération, organisé par convention, qui peut être qualifié à la fois de « structurel » et « fonctionnel », au sens de la jurisprudence communautaire, est exonéré des obligations de mise en concurrence.

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

a) possibilité de codification

Il est proposé de codifier la disposition dans le code de la sécurité sociale après l'article L.114-12-1 relatif au RNCPS.

b) abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure concerne les régimes obligatoires intervenant en métropole, dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 mutualisation des systèmes d'information permet de réduire les coûts de fonctionnement informatiques et les coûts de développement des projets.

Pour ce qui concerne le fonctionnement, les mutualisations engagées jusqu'à présent concerne l'infogérance (hébergement et maintenance par un tiers) de systèmes d'information et la gestion de services partagés entre plusieurs organismes, générateurs d'économie, par exemple :

- l'infogérance par l'ACOSS de la gestion informatique du recouvrement de l'assurance chômage a permis d'économiser 1 500 ETP dans le réseau de l'UNEDIC, soit 75 M€ par an alors que l'ACOSS a estimée la reprise de cette activité à 220 ETP,
- l'infogérance par la CNAMTS de la gestion informatique des prestations d'assurance maladie obligatoire des régimes spéciaux (CNMSS, CAVIMAC, CRPCEN, ENIM, MGP, CAMIEG) s'élève à 7 M€ par an et permet des économies d'échelle en ramenant le coût de gestion informatique d'un assuré à hauteur de 4,61 € contre 8 € en moyenne s'il était pris en charge par un petit régime, soit 16 M€ de dépenses évitées par an pour 5 millions d'assurés,
- les services partagés mis en place par la CNAV, tels que les référentiels d'identification permettant l'immatriculation des assurés sociaux français et étrangers (SNGI, SANDIA, RNIAM) et les traitements inter-régime du droit à l'information retraite, représentent des coûts annuels de gestion informatique de 24 M€, ce qui permet d'éviter la duplication de ces services par les organismes, soit 2 M€ par an par organisme utilisateur, au total 80 M€.

Les coûts de développement informatique des organismes de sécurité sociale se sont élevés en 2010 à 300 M€ dont 7 M€ de coûts des développements mutualisés soit 2,3% (cf. données du benchmark informatique 2010 des organismes de sécurité sociale).

La mutualisation engendre effectivement de substantielles économies de gestion. La mutualisation des systèmes d'information, qui est un axe majeur du *schéma directeur stratégique des systèmes*

d'information de la sécurité sociale qui couvre la période 2011-2017, a d'ailleurs vocation à se développer sensiblement au cours des années à venir.

Les coûts de développement de trois systèmes d'information mutualisés le plus récemment (répertoire national commun de la protection sociale -RNCPS- ; portail national d'échanges des données de sécurité sociale avec les organismes sociaux européens -projet EESSI- et système d'échanges mis en place dans le cadre de la revalorisation des pensions de réversion et du minimum contributif -EIRR-), sont évalués à 7 millions d'euros.

Tout système d'information mutualisé génère une économie au moins égale à son coût de développement multiplié par le nombre d'organismes qu'il sert moins un. Pour un investissement de 5M€ réalisés par un organisme, les dépenses évitées sont ainsi évaluées à 20 M€ sur la base de 4 autres organismes bénéficiaires. En prenant pour hypothèse raisonnable que la part des développements mutualisés atteigne 10% des développements informatiques des organismes de protection sociale d'ici 2014, les dépenses évitées peuvent être estimées, toujours sur la base de 4 organismes bénéficiaires, à 120 M€.

La présente mesure permet de sécuriser cette économie :

	Part des développements mutualisés	Montant des développements mutualisés (M€) par organisme	Economies (M€)
2012	5%	15	60
2013	7,5%	22,5	90
2014	10%	30	120

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>				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Ensemble des régimes de sécurité sociale		60	30	60	

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

Les organismes de sécurité sociale seront incités à renforcer leurs pôles de compétences informatiques et à mutualiser leurs développements informatiques.

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

La charge administrative liée au pilotage et à la gestion des projets mutualisés est principalement à la charge de l'opérateur.

d) impact budgétaire

Seul l'organisme désigné maître d'œuvre prend en charge les coûts de développement, pour les organismes partenaires du projet. Ce sont des dépenses de gestion administratives des caisses qui seront évitées.

e) impact sur l'emploi

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 pour chaque projet mutualisé de système d'information, soit la signature d'une convention, soit l'adoption d'un texte réglementaire.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article XX actuel du code ...	Article XX modifié du code ...
	<p>Chapitre IV ter du titre 1^{er} du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale :</p> <p>« Article L.114-12-2.- Chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale peut être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun à tout ou partie d'entre eux, ainsi qu'à d'autres organismes mentionnés à l'article L.114-12-1, en vue de l'accomplissement de leurs missions.</p> <p>Cette désignation peut être prévue par une convention conclue entre les organismes concernés et publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale ou, à défaut, par décret ».</p>

ARTICLE 63

HARMONISATION DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX PÉNALITÉS ET SANCTIONS FINANCIÈRES PRONONCÉES PAR LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

I. Présentation de la mesure

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

Certaines dispositions relatives aux pénalités financières que les organismes de sécurité sociale peuvent prononcer en cas de non respect des prescriptions du code de la sécurité sociale ne sont pas écrites de manière identique pour les branches famille et vieillesse (art. L.114-17 du code de la sécurité sociale - CSS) et maladie (art. L.162-1-14 et suivants du CSS) ce qui induit des complications de gestion notamment pour les caisses qui gèrent plusieurs risques (cas des caisses de mutualité sociale agricole et de celles relevant du RSI). De plus, les modalités de recouvrement de la pénalité peuvent différer de celles des indus. Ces dispositions nécessitent d'être précisées et harmonisées pour des raisons de clarté juridique, de simplification et d'économies de gestion, ainsi que pour faire progresser le recouvrement des sanctions financières.

1°) S'agissant des contentieux, les personnes ou organismes qui méconnaissent les dispositions du code de la sécurité sociale peuvent se voir appliquer une pénalité financière en application des articles L. 114-17, L.162-1-14, L.162-1-14-1et L.162-1-14-2 du CSS. La pénalité financière est contestable devant le tribunal administratif, leur recouvrement l'est devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

Ces mêmes inobservations du code de la sécurité sociale peuvent donner lieu à une demande par la caisse de sécurité sociale de remboursement des sommes indûment perçues dont la contestation relève du TASS.

En conséquence, les justiciables qui entendent contester une même inobservation du code de la sécurité sociale donnant lieu à un recouvrement des indus et au prononcé d'une pénalité financière doivent engager deux actions contentieuses devant deux juridictions différentes d'où la complexité pour faire valoir leurs droits, les risques d'erreurs de saisine des juridictions, la longueur des délais de jugements et les frais de contentieux induits. Il en est de même pour les organismes de sécurité sociale.

L'unification de la procédure contentieuse au profit du tribunal des affaires de sécurité sociale, qui relève de la loi, permettrait aux justiciables de mieux faire valoir leurs droits en cas de contestation de décisions qui leur sont opposées et constituerait, pour les organismes de sécurité sociale, une mesure de simplification et d'économie de gestion. Cette unification serait conforme à la jurisprudence du Conseil constitutionnel (décisions n° 86-224 DC du 23 janvier 1987, n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010) au terme de laquelle *« lorsque l'application d'une législation ou d'une réglementation spécifique pourrait engendrer des contestations diverses qui se répartiraient, selon les règles habituelles de compétence, entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire, il est loisible au législateur, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, d'unifier les règles de compétence juridictionnel au sein de l'ordre juridictionnel principalement intéressé. »*

2°) Pour ce qui concerne la prescription de l'action en recouvrement de la pénalité par les organismes de sécurité sociale, les textes en vigueur prévoient qu'en l'absence de paiement de la pénalité dans le délai imparti, le directeur de l'organisme de sécurité sociale adresse une mise en demeure de payer qui ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les deux ans précédant son envoi. Cette disposition qui fait reposer la prescription sur l'envoi de la mise en demeure peut prêter à confusion, et il apparaîtrait plus lisible de prévoir que l'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de payer par le directeur de l'organisme concerné.

3°) En matière de recouvrement des pénalités et des sanctions financières, les textes en vigueur prévoient que la pénalité peut être recouvrée en cas de non paiement par délivrance d'une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le TASS, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Pour limiter les risques de contentieux liés au non paiement de la pénalité ou de la sanction et faciliter leur règlement, un échelonnement de leur

paiement par application de la compensation du code civil serait de nature à y remédier, notamment lorsque la pénalité est d'un montant important.

4°) Pour les pénalités prononcées par les directeurs des organismes d'assurance maladie, le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive (III de l'art. L.162-1-14 du CSS) dans un délai fixé à 3 ans par voie réglementaire (III de l'article R.147-5 du CSS). Le renvoi à une fixation du délai par voie réglementaire n'est pas prévu pour les pénalités prononcées par les organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou d'assurance vieillesse, ce qui en complique l'application. Il retient aussi pour ces derniers une prescription des faits donnant lieu au prononcé de la pénalité de 5 ans (application de l'article 2224 du code civil).

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

Mesure proposée :

La mesure prévoit :

1°) Un transfert des contentieux des pénalités aux TASS, compétents par ailleurs pour les contestations relatives au recouvrement des indus lié à l'inobservation de la réglementation ayant donné lieu au prononcé de la pénalité et celles concernant le recouvrement de la pénalité (modifications du 8^{ème} alinéa de l'article L.114-17, du 6^{ème} alinéa du IV de l'art. L.162-1-14 et ajout d'alinéas dans les articles L.162-1-14-1 et L.162-1-14-2 du CSS). La disposition est applicable aux instances introduites à compter de l'entrée en vigueur de la loi ;

2°) Une prescription de l'action en recouvrement de la pénalité de deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de payer par le directeur de l'organisme concerné et une prescription de 5 ans des faits pouvant donner lieu à l'application d'une pénalité (application de l'art. 2224 du code civil) – modifications du 8^{ème} alinéa de l'article L.114-17, du IV de l'art. L.162-1-14 du CSS) ;

3°) Une possibilité pour les caisses de recouvrer les pénalités ou sanctions financières sur les prestations ou versements ultérieurs que la caisse fait à l'intéressé par application de la compensation du code civil et pour les assurés et allocataires selon les mêmes dispositions que celles prévues pour les indus (modifications du 9^{ème} alinéa de l'article L.114-17, du 6^{ème} alinéa du IV de l'art. L.162-1-14 et de l'article L.162-1-14-1 du CSS) ;

4°) une harmonisation des dispositions de :

- les articles L.114-17 et L.162-1-14-1 du CSS et de l'article L.262-52 du code de l'action sociale et des familles sur le doublement de la pénalité en cas de récidive avec celles prévues pour les organismes d'assurance maladie (renvoi à un décret pour fixer le délai) ;

- l'article L.133-4 relatives aux indus sur celles en vigueur pour les pénalités financières (majoration de 10 % du montant des indus non réglés à la date d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure et non à la date de son envoi) ;

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif qui est donné à cette réforme.

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

Les mesures proposées ont un impact sur les dépenses et les recettes des organismes de sécurité sociale car elles contribuent à la sécurisation juridique des dispositifs de lutte contre la fraude, et favorisent le recouvrement des pénalités et sanctions financières et des indus que les caisses de sécurité sociale peuvent appliquer en cas d'inobservation de la réglementation.

Elles prennent place dans la partie 4 de la loi de financement de la sécurité sociale, comme comportant des effets directs tant sur leurs dépenses (2° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS) que sur les recettes des régimes et des organismes (2° du B 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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) ?

Cette mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Les mesures modifient ses articles du code de la sécurité sociale et du code de l'action sociale et des familles.

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non.

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

Les mesures seront applicables dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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

S'agissant de l'impact du transfert des contentieux aux TASS :

En 2010, les organismes de sécurité sociale ont prononcées 3946 pénalités (contre 2452 en 2009) qui ont représentées plus de 3,2 millions d'euros en 2010 (dont 1,718 M€ pour la CNAF). L'intensification de la lutte contre la fraude, les fautes et abus vont accroître de manière sensible notamment le nombre de leurs détections et en conséquence celui du nombre de pénalités prononcées. Les contestations relatives à ces pénalités dont l'instauration est récente vont parallèlement se développer.

Les frais d'honoraires, d'actes et de contentieux ont représentés en 2010 un montant total de 69, 575 M€ pour l'ensemble des organismes de sécurité sociale. On peut estimer ainsi à 3% l'économie induite par l'exercice de double contentieux pour ce qui est des frais d'honoraires, d'actes et de contentieux auxquels il convient d'ajouter les économies liées aux frais de gestion des caisses notamment en termes de personnels, l'impact de la mesure peut être estimée à environ 2 M€ en 2012 et à 4 M€ en 2013, compte tenu notamment de la montée en charge du dispositif des pénalités financières.

Par contre la réunification du contentieux dans les TASS conduira à une modeste dépense de fonctionnement de ces derniers pour les régimes de sécurité sociale, qui les finance à hauteur de 20 M€ 2012.

Par ailleurs, la possibilité de récupérer les pénalités sur les prestations ou versements ultérieurs faits par la caisse permettra de faire progresser le taux de recouvrement des pénalités, des sanctions financières et des indus. Par exemple, s'agissant des pénalités, pour la CNAF le taux de recouvrement annuel des pénalités prononcées en 2010 est de 48%, alors que le recouvrement

des indus est de l'ordre de 90%. On peut donc en ajoutant les pénalités du L.162-1-14. estimer l'effet de la mesure à au moins 1 M€ pour la branche famille en 2012 et 2 M€ les années suivantes compte tenu de la montée en charge du dispositif pénalités dans les organismes de protection sociale. Pour la CNAMTS, l'estimation est d'un niveau équivalent.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Economies suite à la réforme du contentieux		2 M	4 M		
CNAF (récupération de pénalités)		1 M*	2M	2M	2M
CNAMTS (idem)		1 M	2 M	2 M	2M

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

Mesures de simplification, d'harmonisation et de clarification du droit qui permettront une meilleure application de la législation et récupération des sommes dues au titre des pénalités financières et des indus

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

L'unification de la procédure contentieuse au profit du tribunal des affaires de sécurité sociale, permettra aux justiciables de mieux faire valoir leurs droits en cas de contestation de décisions qui leur sont opposées et constituera aussi une mesure de simplification et d'économie pour ce qui est notamment des frais de contentieux. Les autres mesures telles que celles relatives à la prescription constituent des mesures de clarification du droit. La possibilité d'acquitter la pénalité par récupération sur les prestations à venir permettra par ailleurs de mieux régler la dette du fait de son échelonnement.

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

Pour les organismes de sécurité sociale : clarification et simplification du droit et meilleur recouvrement des pénalités du fait aussi de la possibilité d'un échelonnement de leur paiement par récupération sur les versements faits ultérieurement et des indus.

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

Economies de gestion et de frais de contentieux pour les organismes de sécurité sociale. Léger impact lié à l'adaptation des systèmes d'information.

d) impact budgétaire

La réforme sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La réforme 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 décret devra modifier ses articles de la partie R. du CSS. Il sera pris au cours du premier trimestre 2012.

2. Existence de mesures transitoires ?

Oui, pour les contentieux relatifs aux pénalités déjà engagés devant les tribunaux administratifs qui continueront à être traités par ceux-ci.

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

Les assurés et les professionnels de santé et les avocats notamment devront avoir connaissance des modifications de la réglementation notamment pour ce qui est de la réforme des contentieux des pénalités et des règles de prescription. Une circulaire pourra être prise en ce sens, afin d'apporter les précisions nécessaires.

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 caisses nationales concernées établiront les données nécessaires au suivi de l'application de la réforme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-17 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L. 114-17 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :</p> <p>1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;</p> <p>2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;</p> <p>3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;</p> <p>4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Cette limite est doublée en cas de récidive. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter.</p> <p>La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.</p> <p>La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative. La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>I - Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :</p> <p>1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;</p> <p>2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;</p> <p>3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;</p> <p>4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir.</p> <p>La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.</p> <p>La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles.</p>

<p>En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les deux ans précédant son envoi. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.</p> <p>Les modalités d'application du présent I sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.-Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.</p>	<p>En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les deux ans précédant son envoi. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.</p> <p>La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est d'fait application, pour les retenues sur les prestations familiales, des dispositions de l'article L.553-2 et, pour les retenues sur prestations d'assurance vieillesse, de celles de l'article L.355-2.</p> <p>L'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.</p> <p>Les modalités d'application du présent I sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.-Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L.133-4 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :</p> <p>1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;</p> <p>2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1, </p> <p>l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces</p>	<p>Article L.133-4 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :</p> <p>1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;</p> <p>2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1,</p> <p>l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces</p>

<p>règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.</p> <p>Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.</p> <p>Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.</p> <p>L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.</p> <p>En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10 % du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi ; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise.</p> <p>Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent.</p>	<p>règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.</p> <p>Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.</p> <p>Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.</p> <p>L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.</p> <p>En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10 % du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise.</p> <p>Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10% est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent.</p>
<p>Article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>I. - Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 :</p> <p>1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de</p>	<p>Article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>I. - Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 :</p> <p>1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de</p>

<p>la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>2° Les employeurs ;</p> <p>3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;</p> <p>4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.</p> <p>II. - La pénalité mentionnée au I est due pour :</p> <p>1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;</p> <p>2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ;</p> <p>3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;</p> <p>4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;</p> <p>5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17 et L. 315-1 ;</p> <p>6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-</p>	<p>la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>2° Les employeurs ;</p> <p>3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;</p> <p>4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.</p> <p>II. - La pénalité mentionnée au I est due pour :</p> <p>1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;</p> <p>2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ;</p> <p>3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;</p> <p>4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;</p> <p>5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17 et L. 315-1 ;</p> <p>6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-</p>
--	--

<p>15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;</p> <p>7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;</p> <p>8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ;</p> <p>9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ;</p> <p>10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.</p> <p>III. - Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.</p> <p>Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.</p> <p>IV. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur :</p> <p>1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;</p> <p>2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;</p> <p>3° Ou saisit la commission mentionnée au V.A réception de l'avis de la commission, le directeur :</p> <p>a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;</p> <p>b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal administratif.</p>	<p>15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;</p> <p>7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;</p> <p>8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ;</p> <p>9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ;</p> <p>10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.</p> <p>III. - Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.</p> <p>Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.</p> <p>IV. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur :</p> <p>1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;</p> <p>2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;</p> <p>3° Ou saisit la commission mentionnée au V.A réception de l'avis de la commission, le directeur :</p> <p>a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;</p> <p>b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.</p> <p>En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en</p>
--	--

<p>En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.</p> <p>Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.</p> <p>V. - La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.</p> <p>La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.</p> <p>L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.</p> <p>VI. - Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.</p> <p>La constitution et la gestion de la commission</p>	<p>demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.</p> <p>La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est alors fait application des dispositions de l'article L. 133-4-1.</p> <p>L'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.</p> <p>Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.</p> <p>V. - La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.</p> <p>La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.</p> <p>L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.</p> <p>VI. - Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.</p> <p>La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre</p>
--	--

<p>mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.</p> <p>VII. - En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :</p> <p>1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;</p> <p>2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;</p> <p>3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ;</p> <p>4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire.</p> <p>VII bis. - Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>VIII. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>organisme local d'assurance maladie ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.</p> <p>VII. - En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :</p> <p>1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;</p> <p>2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;</p> <p>3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ;</p> <p>4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire.</p> <p>VII bis. - Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>VIII. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale</p> <p>Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :</p> <p>1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;</p> <p>3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont</p>	<p>Article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :</p> <p>1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;</p> <p>3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L.</p>

<p>relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6;</p> <p>4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.</p> <p>La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 162-1-14 du présent code, peut consister en :</p> <ul style="list-style-type: none"> -une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° du présent article ; -une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ; -en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1. <p>Les sanctions prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.</p> <p>L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6;</p> <p>4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.</p> <p>La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 162-1-14 du présent code, peut consister en :</p> <ul style="list-style-type: none"> -une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° du présent article ; -une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ; -en cas de récidive, dans un délai fixé par voie réglementaire, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1. <p>Les sanctions prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.</p> <p>Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux septième, et neuvième aliéas de l'article L.162-1-14.</p> <p>L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie</p>
---	--

<p>Article L.162-1-14-2 du code de la sécurité sociale</p> <p>Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au second alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'Etat est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'Etat, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisés dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L. 162-22-6.</p> <p>En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, pénalité qui est notifiée dans les conditions prévues au même article.</p> <p>Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %, en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %.</p> <p>La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 fait état de la méthodologie de contrôle employée.</p>	<p>réglementaire.</p> <p>Article L.162-1-14-2 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au second alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'Etat est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'Etat, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisés dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L. 162-22-6.</p> <p>En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, pénalité qui est notifiée et recouvrée dans les conditions prévues au même article. La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires sociales.</p> <p>Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %, en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %.</p> <p>La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 fait état de la méthodologie de</p>
--	--

<p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Article L.262-52 du code de l'action sociale et des familles</p> <p>La fausse déclaration ou l'omission délibérée de déclaration ayant abouti au versement indu du revenu de solidarité active est passible d'une amende administrative prononcée et recouvrée dans les conditions et les limites définies pour la pénalité prévue à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. La décision est prise par le président du conseil général après avis de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 262-39 du présent code. La juridiction compétente pour connaître des recours à l'encontre des contraintes délivrées par le président du conseil général est la juridiction administrative.</p> <p>Aucune amende ne peut être prononcée à raison de faits remontant à plus de deux ans, ni lorsque la personne concernée a, pour les mêmes faits, déjà été définitivement condamnée par le juge pénal ou a bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe déclarant que la réalité de l'infraction n'est pas établie ou que cette infraction ne lui est pas imputable. Si une telle décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé d'une amende administrative, la révision de cette amende est de droit. Si, à la suite du prononcé d'une amende administrative, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, la première s'impute sur la seconde. L'amende administrative ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le produit de l'amende est versé aux comptes de la collectivité débitrice du revenu de solidarité active.</p>	<p>contrôle employée.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Article L.262-52 du code de l'action sociale et des familles (modifié)</p> <p>La fausse déclaration ou l'omission délibérée de déclaration ayant abouti au versement indu du revenu de solidarité active est passible d'une amende administrative prononcée et recouvrée dans les conditions et les limites définies, en matière de prestations familiales, aux sixième, septième, neuvième et dixième alinéas du I, à la seconde phrase du onzième alinéa du I et au II de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. La décision est prise par le président du conseil général après avis de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 262-39 du présent code. La juridiction compétente pour connaître des recours à l'encontre des contraintes délivrées par le président du conseil général est la juridiction administrative.</p> <p>Aucune amende ne peut être prononcée à raison de faits remontant à plus de deux ans, ni lorsque la personne concernée a, pour les mêmes faits, déjà été définitivement condamnée par le juge pénal ou a bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe déclarant que la réalité de l'infraction n'est pas établie ou que cette infraction ne lui est pas imputable. Si une telle décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé d'une amende administrative, la révision de cette amende est de droit. Si, à la suite du prononcé d'une amende administrative, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, la première s'impute sur la seconde. L'amende administrative ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le produit de l'amende est versé aux comptes de la collectivité débitrice du revenu de solidarité active.</p>
--	--

ARTICLE 64

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECOURS CONTRE TIERS

I. Présentation de la mesure

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

Lorsqu'une personne subit des lésions corporelles dont la responsabilité incombe à un tiers la sécurité sociale l'indemnise immédiatement en lui versant diverses prestations (prises en charge des frais de soins ou d'hospitalisation, versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail...). Elle indemnise donc l'assuré à la place du tiers responsable, ce dernier ne se trouvant pas dégagé de son obligation de réparer le dommage causé à la victime, au nom du principe de la responsabilité civile posé par le Code civil, du fait de l'intervention de la sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale sont donc habilités comme les autres tiers payeurs (l'Etat, les assureurs, les employeurs ...) à récupérer, sur l'indemnité que le tiers responsable ou sa compagnie d'assurance doit verser à la victime, pour chaque poste de préjudice, les sommes qu'ils ont versées à cette dernière au titre du dommage subi.

Pour récupérer les sommes versées, les organismes de sécurité sociale doivent avoir connaissance de l'accident et notamment par l'assureur de la victime ou du tiers responsable.

Les articles L.376-1 et L.454-1 du code de la sécurité sociale prévoient que la personne victime, le tiers responsable et son assureur (qui doit verser les indemnités à la victime) ainsi que les établissements de santé, sont tenus d'informer la caisse de sécurité sociale de la victime en cas de lésions causées par un tiers. Une sanction d'un montant dérisoire est prévue par les textes pour l'assureur du tiers responsable qui ne déclare pas l'accident : majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire de gestion (montant compris entre 48,50 € et 490 €) qui n'est donc pas dissuasive et qui nécessite d'être modifiée.

De plus, certains organismes d'assurance peuvent transiger avec l'assuré sans informer sa caisse de sécurité sociale (85 % à 95 % des indemnités par les assureurs se règlent par une transaction) et notamment lorsque les dommages corporels sont peu importants. Dans ce cas l'organisme de sécurité sociale n'est pas en mesure de récupérer les sommes versées et aucune sanction n'est prévue à l'encontre de l'assureur.

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

Mesure proposée :

La mesure prévoit que :

- lorsque l'assureur a conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation d'information de la caisse de sécurité sociale de la victime de l'accident, il ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire, une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu (taux déjà retenu à l'article L.161-1-14 du CSS pour les assurés et professionnels de santé qui ne respectent pas les prescriptions du code de la sécurité sociale).

- si l'assureur transige avec un assuré, il doit informer la caisse de sécurité sociale de ce dernier. S'il ne respecte pas cette obligation, il ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance et doit verser à l'organisme de sécurité sociale la même indemnité que celle prévue précédemment. Une seule indemnité est redevable pour une même non déclaration ;

- la contestation de la décision de l'organisme de sécurité sociale relative au versement de l'indemnité relève du contentieux de la sécurité sociale.

Cette mesure a été proposée par l'assurance maladie dans son rapport sur les charges et produits de juillet 2011 (proposition 24 proposant d'améliorer les signalements avec notamment des pénalités plus dissuasives), dans le cadre d'un plan d'amélioration de l'efficacité des recours contre tiers préconisant également d'autres mesures de nature conventionnelle ou réglementaire telle qu'une actualisation des tables de capitalisation, un élargissement du champ de versement des créances en capital en cas

d'accident de la circulation, et une réduction des délais de récupération des créances dans les dossiers d'accidents de la circulation.

Autres options possibles :

La mesure aurait pu être inscrite dans le dispositif des pénalités financières prévues à l'article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale. Elle se serait alors inscrite dans une procédure plus lourde (présence des représentants des assureurs dans les commissions pénalités), des délais plus longs et des coûts de gestion plus importants.

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

Les recours contre tiers constituent un produit d'un montant important pour la sécurité sociale. Il s'est élevé pour la CNAMTS en 2010 à 990,8 M€ dont 686 M€ pour la maladie et 304,8 M€ pour les accidents du travail (cf. rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2011). Le montant estimé de l'effet de la mesure est difficilement chiffrage sachant que des mesures seront prises parallèlement pour améliorer la connaissance des accidents par les caisses dont la non déclaration par les assureurs.

La mesure prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale comme comportant des effets directs sur les recettes des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement en vertu du 2° du B 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, de l'UNOCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Les articles L. 376-1, L.454-1 doivent être modifiés et deux articles créés articles (articles L. 376-3-1 et L. 454-2).

b) abrogation de dispositions obsolètes

Oui, aux articles L. 376-1 et L.454-1, la référence à l'article L. 1143-3 du code rural qui n'existe plus (les articles L.725-3 à L.725-4 du code rural et de la pêche sont applicables).

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

La mesure est applicable aux cinq DOM. Elle s'applique également à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui
Collectivités d'outre-mer	
-Saint-Pierre et Miquelon	non
-Saint-Martin et Saint-Barthélemy	oui

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier de la mesure est difficilement chiffrable à ce stade, il dépendra notamment des mesures mises en œuvre pour détecter les non déclarations par les assureurs (actions de contrôle, de recoupement d'informations, des actions de signalement mises en œuvre auprès des autres acteurs concernés (établissements de santé, professionnels de santé, ...)).

Néanmoins, on peut estimer son rendement aux environs de 25 M€ en tenant compte également du plan d'action d'amélioration de la connaissance des accidents impliquant un tiers responsable qui sera mis en place par la CNAMTS avec la conduite d'actions auprès des différents acteurs concernés (professionnels de santé, établissements de santé, établissements scolaires...) visant à améliorer leur déclaration.

En outre, la mise en œuvre des autres mesures préconisées par la CNAMTS (cf. supra : actualisation des tables de capitalisation, élargissement du champ de versement des créances en capital en cas d'accident de la circulation et réduction des délais de récupération des créances dans les dossiers d'accidents de la circulation) permettra un rendement de 75 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
Plan d'action de la CNAMTS <i>Dont mesures relatives à l'obligation d'information (dispositions législatives)</i>		+ 100 + 25			

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques :

Les assureurs devront rembourser aux organismes de sécurité sociale les sommes qu'ils devaient leur verser et acquitter des pénalités qui ne devraient pas avoir d'impact sur les primes d'assurance acquittées par les assurés.

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

Amélioration des sommes recouvrées par les caisses de sécurité sociale au titre des recours contre tiers.

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

Les caisses de sécurité sociale devront essayer par des contrôles divers de détecter les non déclarations par les assureurs.

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

Un décret en conseil d'Etat devra préciser l'application de la mesure (notification de la sanction, modalités de règlement, recours contre la mesure).

Un décret simple devra modifier les articles D.376-1 et D.454-1 du code de la sécurité sociale (suppression du IV de ces articles relatifs aux conditions d'application de la majoration de l'indemnité forfaitaire pour l'assureur du tiers qui n'informe pas la caisse de sécurité sociale de l'accident devenu obsolète).

Ces textes seront pris au cours du premier trimestre 2012.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

La réforme sera mise en œuvre au cours de l'année 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet, les assureurs devront par contre être informés de la mesure.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Un programme de qualité et d'efficacité concernant la maladie et les accidents du travail et maladies professionnelles annexé à la loi de financement de la sécurité sociale suit uniquement les montants globaux encaissés au titre des recours contre tiers.

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

Il sera demandé aux caisses de suivre l'application de cette mesure (nombre de sanctions appliqué et montants récupérés).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.376-1 du code de la sécurité sociale (actuel)	Article L.376-1 du code de la sécurité sociale (modifié)
<p>Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.</p> <p>Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après.</p> <p>Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.</p> <p>Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée.</p> <p>Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice.</p> <p>Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.</p> <p>La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les</p>	<p>Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.</p> <p>Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après.</p> <p>Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.</p> <p>Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée.</p> <p>Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice.</p> <p>Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.</p> <p>La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les</p>

<p>conditions déterminées par le même décret.</p> <p>L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt.</p> <p>En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. A compter du 1er janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.</p> <p>Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions, prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p> <p>Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural.</p>	<p>conditions déterminées par le même décret.</p> <p>L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt.</p> <p>En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. A compter du 1er janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.</p> <p>Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions, prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p> <p>Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'au l'article 1143-2 du code rural ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.</p>
	<p>Article L.376-3-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p> <p>La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur de ce dernier.</p> <p>L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée à l'alinéa</p>

	<p>précédent ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L.376-1, une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.</p> <p>Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L.376-1. Une seule pénalité est due en raison d'un même sinistre.</p> <p>La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de l'indemnité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L.162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L.454-1 du code de la sécurité sociale (actuel)</p> <p>Si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.</p> <p>Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après ; ce recours est également ouvert à l'Etat et aux institutions privées, lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, dans les conditions définies par décret.</p> <p>Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité</p>	<p>Article L.454-1 du code de la sécurité sociale (modifié)</p> <p>Si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.</p> <p>Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après ; ce recours est également ouvert à l'Etat et aux institutions privées, lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, dans les conditions définies par décret.</p> <p>Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité</p>

correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les conditions déterminées par le même décret.

Si la responsabilité du tiers est partagée avec l'employeur, la caisse ne peut poursuivre un remboursement que dans la mesure où les indemnités dues par elle en vertu du présent livre dépassent celles qui auraient été mises à la charge de l'employeur en vertu du droit commun.

Dans le cas où les rentes prévues au 4° de l'article L. 431-1 sont inférieures à la réparation de même nature due à la victime ou à ses ayants droit par application des dispositions du présent article, les rentes supplémentaires peuvent être allouées sous forme de capital. Celles qui ne seraient pas allouées en capital doivent, dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties, être constituées par le débiteur à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit du fonds national des accidents du travail de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. A compter du 1er janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de

correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en oeuvre de cette procédure.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. ~~La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les conditions déterminées par le même décret.~~

Si la responsabilité du tiers est partagée avec l'employeur, la caisse ne peut poursuivre un remboursement que dans la mesure où les indemnités dues par elle en vertu du présent livre dépassent celles qui auraient été mises à la charge de l'employeur en vertu du droit commun.

Dans le cas où les rentes prévues au 4° de l'article L. 431-1 sont inférieures à la réparation de même nature due à la victime ou à ses ayants droit par application des dispositions du présent article, les rentes supplémentaires peuvent être allouées sous forme de capital. Celles qui ne seraient pas allouées en capital doivent, dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties, être constituées par le débiteur à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit du fonds national des accidents du travail de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. A compter du 1er janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de

<p>loi de finances pour l'année considérée.</p> <p>Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p> <p>Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural.</p>	<p>loi de finances pour l'année considérée.</p> <p>Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p> <p>Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.</p>
	<p>Article L.454-2 du code de la sécurité sociale (création)</p> <p>Art. L.454-2 - La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré, le tiers responsable ou l'assureur.</p> <p>L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu aux articles L.454-1, L.455-1 et L.455-1-1, une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.</p> <p>Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L.454-1. Une seule pénalité est due en raison d'un même sinistre.</p> <p>La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de l'indemnité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L.162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>

ARTICLE 65

ECHANGES D'INFORMATIONS ENTRE LES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ET LES CONSULATS

I. Présentation de la mesure

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

A l'heure actuelle, les échanges d'informations entre les consulats et les organismes de sécurité sociale (OSS) sont ponctuels et s'inscrivent dans le cadre des dispositions relatives au droit de communication, tel que prévu par l'article L.114-19 du code de la sécurité sociale. Seule la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) dispose de prérogatives plus importantes, à savoir recueillir de la part des autorités consulaires toutes les informations nécessaires à l'exercice de son contrôle, en vertu de l'article L. 766-1-2 du même code.

Or dans le cadre du renforcement des actions des organismes en matière de gestion des droits et de la lutte contre la fraude, s'agissant par exemple des risques de fraudes au décès ou du remboursement des soins reçus à l'étranger, il apparaît nécessaire de mettre en œuvre des échanges d'informations plus systématiques.

Par ailleurs, le Ministère des affaires étrangères et européennes et le Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé souhaitent mener une expérimentation en vue d'améliorer le contenu des vérifications sur la couverture maladie des demandeurs de visas de court séjour lors de l'instruction des demandes, sur la base d'échanges par voie dématérialisée.

Une habilitation législative est indispensable pour permettre l'échange d'informations à caractère personnel, par voie dématérialisée, que les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires détiennent respectivement pour l'accomplissement de leurs missions, tout traitement de données s'effectuant dans le respect des dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de compléter le dispositif législatif en vigueur en matière d'échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et leurs partenaires, en incluant une disposition visant spécifiquement les autorités consulaires.

Les finalités poursuivies par ces échanges sont à la fois le paiement à bon droit des prestations et la lutte contre la fraude.

Autres options possibles :

Pas d'autre option possible si l'on souhaite renforcer la bonne gestion des prestations de sécurité sociale.

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

Cette mesure concourt à la maîtrise dépenses des régimes obligatoires de base, et s'inscrit notamment dans le renforcement des actions de lutte contre les fraudes aux prestations.

Elle prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale comme comportant des effets directs sur les dépenses des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement en vertu du 2° 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Compte tenu de l'existence de nombreux articles du code de la sécurité sociale relatifs aux échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et leurs partenaires, il est proposé de compléter l'article L.114-11 du code de la sécurité sociale qui porte déjà spécifiquement sur la lutte contre les fraudes transnationales, en permettant la mise en place des constatations sur place, visant des assurés résidants hors de France ou des soins reçus à l'étranger, par des personnes agréées par les autorités consulaires.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

La mesure est applicable aux régimes intervenant dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La montée en charge de la mise en œuvre de la mesure se fera progressivement. La mesure aura un impact financier dès 2012, forfaitisé à 0,5 M€. Ses effets sur les dépenses se renforceront par la suite (évalués à 3 M€ dès 2015).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
		0,5	1	2	3

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

La mesure n'a pas d'impact immédiat et direct sur les personnes physiques ; elle constitue en effet un préalable à la mise en place d'échanges d'informations entre OSS et autorités consulaires afin de mieux contrôler la situation de certaines personnes physiques au regard des conditions d'ouverture ou de service de prestations versées par les organismes de sécurité sociale ou au regard des conditions de délivrance des visas de courts séjour par les Consulats.

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

La mise en place d'échanges d'informations par voie dématérialisés engendrera un travail préparatoire au regard des normes différentes adoptées par les réseaux informatiques respectifs. La systématisation des échanges impliquant en outre la constitution de référents au sein de chaque OSS ou poste consulaire afin de faciliter les contacts, ou le partage d'un répertoire commun identifiant les personnes à contacter, les échanges d'informations seront ciblés dans un premier temps sur les quelques consulats représentant les enjeux les plus importants.

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

La mesure vient renforcer les moyens de contrôle existants des organismes de sécurité sociale sans augmenter leur charge de travail. L'impact sur les systèmes d'information est limité, mais la gestion des procédures d'autorisation préalable auprès de la CNIL impliquera une mise en œuvre progressive des différents circuits d'échange envisagés.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants. Les échanges d'information ne donneront lieu à aucune facturation.

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

La mesure est d'application directe.

Les procédures d'autorisation pour la mise en place des traitements de données à caractère personnel seront définies en lien avec la CNIL dans le respect de la loi Informatique et Libertés en fonction des différents types d'informations à échanger et des finalités poursuivis.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Les premières actions seront lancées au cours du premier trimestre 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Tous les traitements de données mis en œuvre devront être portés à la connaissance des personnes concernées selon des modalités à définir en lien avec la CNIL.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Tous les travaux d'initialisation de ces échanges d'informations seront pilotés par la direction des français à l'étranger et la direction de la sécurité sociale, en lien avec les organismes de sécurité sociale concernés et le cas échéant la délégation nationale à la lutte contre la fraude.

Il sera ensuite rendu compte de la mise en œuvre opérationnelle de ces échanges dans chacun des bilans annuels de contrôle et de lutte contre la fraude établis par les organismes nationaux de sécurité sociale en application de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-11 du code de la sécurité sociale	Article L. 114-11 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les constatations relatives à la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France ou à des soins reçus hors de France faites à la demande des organismes de sécurité sociale par des personnes physiques ou morales agréées par l'autorité consulaire française font foi jusqu'à preuve du contraire.</p>	<p>Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires se communiquent toutes informations qui sont utiles :</p> <p>1° A l'appréciation et au contrôle par lesdits organismes des conditions d'ouverture ou de service des prestations versées ;</p> <p>2° Au recouvrement des créances détenues par ces organismes ;</p> <p>3° Aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français.</p> <p>Les constatations relatives à la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France ou à des soins reçus hors de France faites à la demande des organismes de sécurité sociale par des personnes physiques ou morales agréées par l'autorité consulaire française font foi jusqu'à preuve du contraire.</p>

ARTICLE 66

RADIATION DES NON SALARIÉS SANS ACTIVITÉ

I. Présentation de la mesure

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

De récents travaux engagés par le Régime social des indépendants (RSI) et l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) ont montré qu'un très grand nombre de comptes présents dans leurs systèmes, plusieurs dizaines de milliers au total, étaient en fait inactifs depuis plusieurs années, et que les titulaires n'avaient déclaré ni payé aucune cotisation, n'avaient pas eu de contact avec le régime à quelque titre que ce soit, et n'avaient pas bénéficié de remboursements de soins de santé. Pour la majorité de ces personnes, une situation similaire est observée en matière fiscale.

Cette situation crée une zone d'incertitude pour de nombreux cas dans lesquels les obligations sociales ne sont plus respectées, sans qu'il y ait en pratique de dissimulation d'activité, dont la persistance est problématique, que ce soit du point de vue de la conduite effective de la lutte contre le travail dissimulé, ou de celle du fonctionnement des régimes puisque ces personnes continuent d'être sollicitées davantage que celles disposant de comptes actifs.

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

Mesure proposée

La mesure consiste à préciser le cadre dans lequel les organismes de recouvrement des cotisations sociales pourront initier une procédure claire et transparente aboutissant à la fin de l'affiliation de ces entrepreneurs individuels sans activité effective. Les organismes préviendront les cotisants dont les chiffres d'affaires sur au moins les deux dernières années sont nuls ou qui n'ont pas renvoyé leurs déclarations qu'ils constatent l'absence apparente de poursuite de leur activité et que, par conséquent, *sauf avis contraire de leur part*, sera initiée une fin de leur affiliation dans un délai qui pourrait être de 2 ou 3 mois.

S'il était néanmoins constaté ultérieurement une activité de l'intéressé, la procédure de constat de délit de dissimulation d'activité ne sera engagée qu'à partir de la date de la radiation effectuée par les organismes de sécurité sociale. Cette précision est indispensable afin que des poursuites puissent être engagées à leur encontre si les personnes laissaient se dérouler la procédure de radiation du RSI sans y faire obstacle mais souhaitaient cependant rester inscrits au registre du commerce et des sociétés. Il est en effet possible que dans ce cas une situation de travail dissimulé soit constatée.

L'information de cette radiation sera transmise aux administrations compétentes, notamment les services fiscaux, ainsi que, le cas échéant, aux organismes chargés de la tenue du registre de publicité légale et caractère professionnel dont il relève.

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif recherché.

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

La mesure concerne l'assujettissement des entrepreneurs individuels aux cotisations appelées par le régime social des indépendants ainsi que les procédures de recouvrement qui sont actuellement diligentées inutilement à l'encontre de certains d'entre eux. Elle permet en particulier de limiter le montant des créances qui restent à recouvrer, réclamées par les organismes et qui figurent aujourd'hui dans leurs comptes sans aucune probabilité d'être encaissées. Elle relève ainsi du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale ainsi que du 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Oui, un nouvel article du code de la sécurité sociale est créé et l'article L.8221-6 du code du travail modifié.

b) abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

La mesure concerne les régimes de sécurité sociale applicables dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Aucun : seuls sont concernés des travailleurs indépendants n'ayant aucune activité professionnelle effective. Les organismes s'assureront préalablement par la vérification de plusieurs indices qu'aucune activité économique n'est réalisée.

b) impacts sociaux

Lorsque des droits étaient encore ouverts, notamment pour les prestations en nature de l'assurance maladie, la continuité de ces droits sera assurée dans les règles de droit commun et vérification sera faite de la prise en charge de l'intéressé par un autre régime.

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/employeurs ou cotisants

La procédure ménage la possibilité pour les personnes concernées de faire obstacle dans les délais prévus à leur radiation en manifestant leur intention de rester affilié. Dans ce cas une régularisation de leur situation devra être effectuée pour qu'ils acquittent leurs obligations.

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

La mesure sera gérée par les caisses locales du RSI et les URSSAF dans le cadre de l'ISU, Interlocuteur social unique des artisans et des commerçants.

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

La suppression de comptes inactifs améliorera la capacité à traiter les comptes des travailleurs indépendants effectifs.

d) impact budgétaire

Elle évitera l'envoi de plusieurs centaines de milliers de documents inutiles et des tentatives de contacts coûteuses, ce qui constitue une économie difficile à évaluer mais conséquente.

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 en Conseil d'Etat prévoira la procédure contradictoire à mettre en œuvre afin que les droits des assurés soient préservés. Il sera publié au cours du premier trimestre de l'année 2012.

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 en 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure emporte une procédure d'information préalable des intéressés.

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) ?

Les données chiffrées relatives à cette mesure seront établies par la caisse nationale du RSI et par l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article XX actuel du code ...	Article XX modifié du code ...
<p>Article L. 8221-3 du code du travail</p> <p>Est réputé travail dissimulé par dissimulation d'activité, l'exercice à but lucratif d'une activité de production, de transformation, de réparation ou de prestation de services ou l'accomplissement d'actes de commerce par toute personne qui, se soustrayant intentionnellement à ses obligations :</p> <p>1° Soit n'a pas demandé son immatriculation au répertoire des métiers ou, dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, au registre des entreprises ou au registre du commerce et des sociétés, lorsque celle-ci est obligatoire, ou a poursuivi son activité après refus d'immatriculation, ou postérieurement à une radiation ;</p> <p>2° Soit n'a pas procédé aux déclarations qui doivent être faites aux organismes de protection sociale ou à l'administration fiscale en vertu des dispositions légales en vigueur.</p>	<p><u>Article L. 133-6-7-1 du Code de la sécurité sociale (nouveau)</u></p> <p>A défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenu au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire précisée par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>L'organisme qui prononce cette radiation en informe les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.</p> <p>Article L. 8221-3 du code du travail</p> <p>Est réputé travail dissimulé par dissimulation d'activité, l'exercice à but lucratif d'une activité de production, de transformation, de réparation ou de prestation de services ou l'accomplissement d'actes de commerce par toute personne qui, se soustrayant intentionnellement à ses obligations :</p> <p>1° Soit n'a pas demandé son immatriculation au répertoire des métiers ou, dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, au registre des entreprises ou au registre du commerce et des sociétés, lorsque celle-ci est obligatoire, ou a poursuivi son activité après refus d'immatriculation, ou postérieurement à une radiation ;</p> <p>2° Soit n'a pas procédé aux déclarations qui doivent être faites aux organismes de protection sociale ou à l'administration fiscale en vertu des dispositions légales en vigueur, n'a pas déclaré tout ou partie de son chiffre d'affaires ou de ses revenus, ou a continué son activité après avoir été radié par les organismes de protection sociale en application des dispositions de l'article L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale,</p>

ARTICLE 67

SANCTION FINANCIERE EN CAS DE RECOURS A DE FAUX INDEPENDANTS

I. Présentation de la mesure

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

Lorsqu'un procès-verbal de travail dissimulé est dressé, la sanction efficace de la dissimulation d'emploi salarié est rendue difficile par la combinaison entre, d'une part la présomption de non salariat et, d'autre part l'absence de sanction réelle lorsque cette présomption est renversée et une situation de travail illégal constatée.

1. D'un côté, la présomption de travailleur indépendant est établie par l'article L.8221-6 du code du travail pour les personnes régulièrement immatriculées ou inscrites auprès des différents registres obligatoires. Cet article dispose que ces personnes sont présumées ne pas être liées avec le donneur d'ordre par un contrat de travail dans l'exécution de l'activité donnant lieu à cette immatriculation. Toutefois, l'existence d'un contrat de travail peut être établie lorsque ces personnes fournissent directement ou par personne interposée des prestations à un donneur d'ordre dans des conditions qui les placent dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard de celui-ci.

Cette présomption de non salariat a été réaffirmée par l'article 23 de la loi n° 2003-721 du 1er août 2003 pour l'initiative économique et étendue par l'article 11 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie aux auto-entrepreneurs.

2. De l'autre, le recours à des faux travailleurs indépendants ne constitue pas en soi une infraction prévue et réprimée par la législation actuelle.

Le faux travail indépendant doit s'entendre comme une relation de salariat qui est dissimulée sous l'apparence juridique d'une « sous-traitance de travaux ou de services ». L'employeur se présente donc comme un donneur d'ordre qui a recours aux services de travailleurs indépendants. Ce « masque » juridique permet au donneur d'ordre d'échapper aux obligations liées au statut d'employeur (réglementation du travail en général), de bénéficier d'une souplesse maximum dans la gestion du personnel (embauche, licenciement, horaires, congé, etc.) et d'acquiescer des facilités de trésorerie en échappant au versement des cotisations sociales. Il peut ainsi proposer des prix à des tarifs plus bas. La pratique du faux travail indépendant crée une situation de concurrence déloyale à l'égard des entreprises qui respectent la réglementation.

Cette fraude est difficile à détecter parce que les prétendus « travailleurs indépendants » sont immatriculés et déclarés en tant que tels auprès des registres professionnels, de l'administration fiscale et des organismes de protection sociale, à la différence d'autres situations de dissimulation d'emplois salariés dans lesquelles le salarié n'est déclaré d'aucune façon. Des cas de requalification existent, mais restent relativement limités même s'ils se sont accrus récemment par l'effet volume de la création d'un grand nombre d'entreprises indépendantes individuelles.

Antérieurement à 2003, lorsqu'était établie l'existence d'un lien de subordination avec le donneur d'ordre, ce dernier devenu employeur était redevable des cotisations dues auprès des organismes de sécurité sociale. Toutefois, la loi n° 2003-721 du 1er août 2003 a supprimé la faculté de rappeler les cotisations sur la période requalifiée, engendrant des effets négatifs sur l'ensemble de la requalification de faux statuts en salariat puisque celle-ci ne vaut que pour l'avenir.

Il en résulte que même si l'intention frauduleuse d'un donneur d'ordre ayant eu recours à des faux indépendants est démontrée et que ce dernier est verbalisé pour travail dissimulé par dissimulation d'emploi salarié, il n'est plus possible de lui réclamer le montant des cotisations éludées résultant de cette dissimulation dès lors que les faux travailleurs indépendants étaient régulièrement assujettis au régime des travailleurs non salariés.

Sans remettre en cause la présomption de non salariat, la mesure proposée permettra une sanction plus dissuasive mais pas plus fréquente. Elle concernera un nombre de cas limités mais suffisamment emblématiques qui font très souvent intervenir des infractions non seulement au droit de la sécurité sociale mais aussi au droit du travail et à la législation sur les titres de séjour.

Mieux sanctionner le recours à de faux travailleurs indépendants, permet de renforcer pour les acteurs économiques que sont les artisans et commerçants le jeu d'une concurrence saine et loyale.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée vise donc à sanctionner l'utilisation abusive de la présomption de travail indépendant, sans porter atteinte à cette présomption elle-même, ni aux critères qui définissent le salariat ou le non salariat. Il s'agit donc seulement, en cas de condamnation pénale pour dissimulation d'emploi salarié, lorsqu'une situation de travail salarié a été effectivement constatée de réintroduire l'obligation de payer les cotisations dues.

Cette condamnation pénale aura dorénavant pour conséquence la mise en œuvre, par les organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale, d'une sanction pécuniaire correspondant à une somme égale aux cotisations et contributions sociales dues par les employeurs.

Autres options possibles :

Toute autre option plus contraignante serait susceptible de porter atteinte au principe de la présomption de non salariat.

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

Cette mesure qui intéresse la lutte contre la fraude aux cotisations et contributions prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

En permettant l'assujettissement à cotisations de la période concernée et le recouvrement de sommes dues pour les organismes de sécurité sociale, elle relève du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS.

Elle a en outre un effet direct sur les recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement et relève ainsi du 2° du B 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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

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

Il s'agit de modifier l'article L.8221-6 du code du travail

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

La mesure sera applicable dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

On peut estimer que le montant des redressements pour dissimulation d'emploi salarié dans le cadre du recours à de faux travailleurs indépendants représente en moyenne 2% des cotisations redressées par les URSSAF dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé, soit pour l'année 2010 un montant potentiel de 4 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
			4	4	4

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 rétablira des conditions de concurrence non faussées entre les acteurs économiques et concourra par ailleurs à la préservation des ressources de la sécurité sociale.

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/employeurs ou cotisants

La condamnation pénale par un juge qui reconnaît l'existence d'un lien de subordination dans la relation qui lui est soumise suite au constat de travail dissimulé par procès verbal, aura pour conséquence de conférer la qualité d'employeur au donneur d'ordre condamné. Ce dernier devra alors acquitter les cotisations et contributions de sécurité sociale de droit commun au titre de la période d'activité requalifiée et faisant l'objet de la condamnation.

Dans les cas où le faux indépendant n'avait pas d'autres activités, celui-ci sera contraint à procéder à sa radiation auprès des différents registres où son immatriculation ou son inscription était obligatoire.

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

Dès lors que la condamnation pénale aura été prononcée pour travail dissimulé par dissimulation d'emploi salarié, les organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale pourront chiffrer une somme égale aux cotisations et contributions sociales qui auraient été dues par les employeurs ayant utilisé abusivement la présomption de travailleur indépendant sur la période retenue par le jugement.

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

L'exploitation des informations fournies par les partenaires habilités à lutter contre le travail dissimulé pour chiffrer le montant des cotisations et contributions à recouvrer fait déjà partie des missions des inspecteurs du recouvrement, ainsi la gestion administrative de ce type d'information est déjà intégrée au niveau des systèmes d'information et les circuits d'exploitation sont déjà opérationnels.

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

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

Aucun délai de mise en œuvre n'est nécessaire.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les cotisants seront informés de cette mesure par la diffusion d'une circulaire 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'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 suivi sera assuré dans le cadre des bilans annuels de contrôle et de la lutte contre le travail dissimulé réalisés par l'Acoss.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L8221-6 actuel du code du travail	Article L. 8221-6 modifié du code du travail.
<p>I.-Sont présumés ne pas être liés avec le donneur d'ordre par un contrat de travail dans l'exécution de l'activité donnant lieu à immatriculation ou inscription :</p> <p>1° Les personnes physiques immatriculées au registre du commerce et des sociétés, au répertoire des métiers, au registre des agents commerciaux ou auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales pour le recouvrement des cotisations d'allocations familiales ;</p> <p>2° Les personnes physiques inscrites au registre des entreprises de transport routier de personnes, qui exercent une activité de transport scolaire prévu par l'article L. 213-11 du code de l'éducation ou de transport à la demande conformément à l'article 29 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs ;</p> <p>3° Les dirigeants des personnes morales immatriculées au registre du commerce et des sociétés et leurs salariés ;</p> <p>4° Les personnes physiques relevant de l'article L. 123-1-1 du code de commerce ou du V de l'article 19 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat.</p> <p>II.-L'existence d'un contrat de travail peut toutefois être établie lorsque les personnes mentionnées au I fournissent directement ou par une personne interposée des prestations à un donneur d'ordre dans des conditions qui les placent dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard de celui-ci.</p> <p>Dans ce cas, il n'y a dissimulation d'emploi salarié que s'il est établi que le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement à l'accomplissement de l'une des formalités prévues aux articles L. 1221-10, relatif à la déclaration préalable à l'embauche et L. 3243-2, relatif à la délivrance du bulletin de paie.</p>	<p>I.-Sont présumés ne pas être liés avec le donneur d'ordre par un contrat de travail dans l'exécution de l'activité donnant lieu à immatriculation ou inscription :</p> <p>1° Les personnes physiques immatriculées au registre du commerce et des sociétés, au répertoire des métiers, au registre des agents commerciaux ou auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales pour le recouvrement des cotisations d'allocations familiales ;</p> <p>2° Les personnes physiques inscrites au registre des entreprises de transport routier de personnes, qui exercent une activité de transport scolaire prévu par l'article L. 213-11 du code de l'éducation ou de transport à la demande conformément à l'article 29 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs ;</p> <p>3° Les dirigeants des personnes morales immatriculées au registre du commerce et des sociétés et leurs salariés ;</p> <p>4° Les personnes physiques relevant de l'article L. 123-1-1 du code de commerce ou du V de l'article 19 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat.</p> <p>II.-L'existence d'un contrat de travail peut toutefois être établie lorsque les personnes mentionnées au I fournissent directement ou par une personne interposée des prestations à un donneur d'ordre dans des conditions qui les placent dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard de celui-ci.</p> <p>Dans ce cas, il n'y a la dissimulation d'emploi salarié que s'il est établie que si le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement par ce moyen à l'accomplissement des obligations incombant à l'employeur mentionnées à l'article L.8221-5. de l'une des formalités prévues aux articles L. 1221-10, relatif à la déclaration préalable à l'embauche et L. 3243-2, relatif à la délivrance du bulletin de paie.</p> <p>La personne qui a fait l'objet d'une condamnation pénale pour travail dissimulé dans les conditions prévues au présent II est alors tenue au paiement des cotisations et contributions sociales qu'elle aurait dû acquitter comme employeur pour la période pendant laquelle la dissimulation d'emploi salarié a été établie.</p>

ARTICLE 68

TRANSMISSION PAR TRACFIN D'INFORMATIONS AUX ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

I. Présentation de la mesure

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

TRACFIN reçoit dans le cadre des déclarations de soupçon imposées par le dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux des informations intéressant les organismes de protection sociale. En 2010, les informations traitées par TRACFIN et identifiées comme relevant de la fraude sociale représentent environ 20% du total des déclarations reçues et portent principalement sur le travail dissimulé.

Or les organismes de protection sociale n'ont pas la faculté de recevoir des informations émanant de TRACFIN, qui ne peut les communiquer qu'aux seules autorités visées aux articles L.561-29, L.561-30 et L.561-31 du code monétaire et financier.

La lutte contre la fraude sociale, reconnue par le Conseil constitutionnel comme un objectif à valeur constitutionnelle, apparaît comme un motif d'intérêt général suffisant pour permettre la transmission d'informations par TRACFIN. En outre, suite à des évolutions portées par l'ordonnance n°2009-104 relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, TRACFIN est désormais en capacité de transmettre des informations à l'administration des douanes, aux services de police judiciaire, et à l'administration fiscale.

La transmission d'informations par TRACFIN aux organismes de protection sociale permettrait à ces derniers de procéder plus efficacement au contrôle et au recouvrement des sommes provenant des infractions à la législation sociale, et contribuerait à homogénéiser les dispositifs d'échanges d'informations dans le cadre de la lutte contre la fraude aux finances publiques.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de modifier les dispositifs relatifs aux échanges d'informations dans le code monétaire et financier pour autoriser TRACFIN à communiquer des renseignements aux organismes de protection sociale.

A l'instar des dispositions déjà existantes pour la transmission d'informations à l'administration des douanes (faits pouvant caractériser une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an) et à l'administration fiscale (faits relevant de l'infraction définie à l'article 1741 du code général des impôts, à savoir une peine d'emprisonnement de 5 ans), cette transmission ne doit être possible que pour des faits bien circonscrits.

Il est ainsi proposé de limiter cette communication à des faits pouvant caractériser une infraction commise au préjudice d'un organisme de sécurité sociale et passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an. Parmi les infractions liées à des situations de fraudes aux cotisations et aux prestations susceptibles de rentrer dans ce champ, on peut notamment citer l'exercice et le recours au travail dissimulé (L.8224-1 et L.8224-2 du code du travail), le faux et l'usage de faux (L.441-1 du code pénal) et l'escroquerie (L.313-1 du code pénal).

Autres options possibles :

Aucune.

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.

Ce dispositif permettra une diminution de la fraude estimée en année pleine à 10 M€, elle comporte des effets directs tant sur les recettes des régimes et des organismes (2° du B du Vde l'article LO

111-3 du CSS), que sur leurs dépenses (2° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS) la fraude affectant tant les cotisations que les prestations.

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, de l'UNCAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que 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 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. Aspects juridiques :

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

a) La mesure applique-t-elle une mesure de 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 directive 2005/60/CE du 26 octobre 2005, relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme, laisse aux Etats membres le choix de la désignation des autorités qui recevront les informations collectées afin de prévenir le blanchiment de capitaux, qui peut notamment porter sur des sommes provenant de la fraude sociale.

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

a) Possibilité de codification

Il convient de compléter le II de l'article L.561-29 du code monétaire et financier.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure sera applicable dans 4 DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
-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 +)				
	2011 (rectificatif)	2012 P ou R	2013	2014	2015
		+ 5	+ 10	+ 10	+ 10

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

384 notes d'informations ont été transmises par TRACFIN à l'autorité judiciaire en 2010 dont 93 relatives au travail dissimulé. Pour ce qui concerne les fraudes aux prestations, les notes

d'informations sont plus ponctuelles et concernent essentiellement des cas potentiels d'escroquerie en bande organisée.

L'impact financier est difficile à évaluer sachant que le nombre de renseignements limités, mais peut porter sur des fraudes représentant chacune plusieurs centaines de milliers voire plusieurs millions d'euros de préjudice. Aussi a-t-il été estimé globalement que la mesure pourrait rapporter au moins 5 M€ en 2012 et 10 M€ chaque année suivante.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Sans objet

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

Sans objet

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

Des circuits d'information seront à bâtir, pour garantir la fiabilité, la confidentialité, et la traçabilité du nouveau dispositif.

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

Très faible, compte tenu du nombre réduit des informations en jeu et de l'absence d'impact sur les systèmes d'information.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

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

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

Compte tenu de l'absence d'impact au niveau des systèmes d'informations des organismes, la mesure sera opérationnelle d'ici à la fin du premier trimestre 2012.

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 les indicateurs attachés à ce PQE

Non

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

Le nombre de transmissions effectuées par TRACFIN et l'exploitation de ces informations par les organismes de protection sociale seront suivies de manière globale et synthétique dans chacun des bilans annuels de contrôle et de lutte contre la fraude établis par les organismes nationaux de sécurité sociale en application de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 561-29 II actuel du code monétaire et financier	Article L. 561-29 modifié du code monétaire et financier
<p>II.-Toutefois, sous réserve qu'elles soient en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15, le service est autorisé à communiquer des informations qu'il détient à l'administration des douanes et aux services de police judiciaire.</p> <p>Il peut également transmettre aux services de renseignement spécialisés des informations relatives à des faits qui sont susceptibles de révéler une menace contre les intérêts fondamentaux de la nation en matière de sécurité publique et de sûreté de l'Etat.</p> <p>Il peut aussi transmettre à l'administration fiscale, qui peut les utiliser pour l'exercice de ses missions, des informations sur des faits susceptibles de relever de l'infraction définie à l'article 1741 du code général des impôts ou du blanchiment du produit de cette infraction. Dans ce dernier cas, le ministre chargé du budget les transmet au procureur de la République sur avis conforme de la commission des infractions fiscales rendu dans les conditions prévues à l'article L. 228 A du livre des procédures fiscales.</p> <p>Lorsque, après la transmission d'une note d'information au procureur de la République en application du dernier alinéa de l'article L. 561-23 II, l'infraction sous-jacente à l'infraction de blanchiment se révèle celle de l'article 1741 du code général des impôts, l'avis de la commission visée à l'article L. 228 A du livre des procédures fiscales n'a pas à être sollicité.</p>	<p>II.-Toutefois, sous réserve qu'elles soient en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15, le service est autorisé à communiquer des informations qu'il détient à l'administration des douanes, et aux services de police judiciaire.</p> <p>Il peut également transmettre aux services de renseignement spécialisés des informations relatives à des faits qui sont susceptibles de révéler une menace contre les intérêts fondamentaux de la nation en matière de sécurité publique et de sûreté de l'Etat.</p> <p>Il peut aussi transmettre à l'administration fiscale, qui peut les utiliser pour l'exercice de ses missions, des informations sur des faits susceptibles de relever de l'infraction définie à l'article 1741 du code général des impôts ou du blanchiment du produit de cette infraction. Dans ce dernier cas, le ministre chargé du budget les transmet au procureur de la République sur avis conforme de la commission des infractions fiscales rendu dans les conditions prévues à l'article L. 228 A du livre des procédures fiscales.</p> <p>Lorsque, après la transmission d'une note d'information au procureur de la République en application du dernier alinéa de l'article L. 561-23 II, l'infraction sous-jacente à l'infraction de blanchiment se révèle celle de l'article 1741 du code général des impôts, l'avis de la commission visée à l'article L. 228 A du livre des procédures fiscales n'a pas à être sollicité.</p> <p>En outre, le service peut transmettre aux organismes énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale des informations en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L.561-15 qu'ils peuvent utiliser pour l'exercice de leurs missions.</p>