



N° 2252

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 octobre 2014.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2015,

(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. Manuel VALLS,
Premier ministre,

PAR M. Michel SAPIN,
ministre des finances et des comptes publics,

ET PAR Mme Marisol TOURAINE,
ministre des affaires sociales,
de la santé et des droits des femmes.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des finances et des comptes publics et de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, délibéré en conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, qui seront chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013

Article 1^{er}

① Au titre de l'exercice 2013, 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	182,2	189,1	-6,9
Vieillesse	212,2	215,8	-3,6
Famille	54,9	58,2	-3,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,8	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,8	462,9	-13,1

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

⑤ *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	158,0	164,8	-6,8
Vieillesse	111,4	114,6	-3,1
Famille	54,6	57,8	-3,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,3	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	324,0	336,5	-12,5

- 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	16,8	19,7	-2,9

- ⑧ 4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 173,8 milliards d'euros ;

- ⑨ 5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;

- ⑩ 6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, s'élevant à 0,1 milliard d'euros ;

- ⑪ 7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 12,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le déficit du régime général de sécurité sociale et du FSV s'est établi à 15,4 milliards d'euros en 2013. Cela correspond, par rapport aux prévisions rectifiées de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, à une amélioration de 0,7 milliard d'euros sur ce champ. Sur le périmètre tous régimes de base et FSV, le déficit diminue de 0,9 milliard d'euros par rapport à la prévision de la loi de financement précitée.

Pour la quatrième année consécutive, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté : les dépenses relevant de ce champ ont été de 173,8 milliards d'euros en 2013, soit une sous-exécution

de 1,6 milliards d'euros par rapport à l'objectif initial fixé en LFSS pour 2013 et 1 milliard d'euros par rapport au montant rectifié intégré dans les comptes présentés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Cette sous-exécution explique l'essentiel des écarts sur les soldes des régimes cités ci-dessus.

Les tableaux d'équilibre ci-dessus sont établis sur le fondement des états financiers annuels approuvés par les organismes à la suite de leur audit par la Cour des comptes ou les commissaires aux comptes. L'ensemble de ces comptes ont été certifiés, le cas échéant avec des réserves, à l'exception de ceux du régime social des indépendants. Ces éléments sont détaillés dans l'annexe 2 au présent projet de loi.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2013, 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 et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2013 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014

Article 3

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} est complété par une section 3 ainsi rédigée :
- ③

« Section 3
- ④

« Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C
- ⑤ *« Art. L. 138-19-1. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection*

chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.

⑥ « La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.

⑦ « *Art. L. 138-19-2.* – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1 minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 10 % de W.

⑧ « Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1 multiplié par la différence entre l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article et le dernier prix proposé ou déclaré par l'entreprise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

⑨ « *Art. L. 138-19-3.* – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

⑩

Montant de chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (S)	Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %
S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %
S supérieur à W + 20 %	70 %

- ⑪ « La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-2. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-19-4.
- ⑫ « Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.
- ⑬ « Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10.
- ⑭ « *Art. L. 138-19-4.* – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.
- ⑮ « Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

- ⑩ « *Art. L. 138-19-5.* – Lorsqu’une entreprise assurant l’exploitation d’une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d’entreprise mentionnée à l’article L. 138-19-1 s’entend de ce groupe.
- ⑪ « Le groupe mentionné à l’alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l’année au cours de laquelle la contribution est due, en application de l’article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu’elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.
- ⑫ « La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l’article L. 213-1 désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d’une part, une déclaration consolidée pour l’ensemble du groupe et, d’autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.
- ⑬ « En cas de scission ou de fusion d’une entreprise ou d’un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.
- ⑭ « *Art. L. 138-19-6.* – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l’objet d’un versement au plus tard le 1^{er} avril suivant l’année civile au titre de laquelle la contribution est due.
- ⑮ « Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l’objet d’une régularisation l’année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l’article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l’article L. 162-18.
- ⑯ « Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l’article L. 213-1 désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d’affaires réalisé au cours de l’année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l’année suivante.

- ⑬ « *Art. L. 138-19-7.* – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;
- ⑭ 2° À l'article L. 138-20, après la référence : « L. 138-10 », il est inséré la référence : « L. 138-19-1, ».
- ⑮ II. – Le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 450 millions d'euros.
- ⑯ III. – Le présent article s'applique pour les années 2014 à 2016. Le Parlement est saisi par le Gouvernement, avant le 15 octobre 2016, d'un rapport d'évaluation.

Exposé des motifs

L'émergence de nouvelles molécules destinées au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C constituent une innovation thérapeutique majeure. Toutefois, les prix pratiqués par les laboratoires ainsi que les volumes attendus font peser un risque important, spécifique et nouveau sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et, plus largement, mettent en péril la soutenabilité à moyen terme de notre système de soins reposant sur la solidarité nationale. La progression du chiffre d'affaires de ces médicaments et leur impact sur les dépenses d'assurance maladie sont en effet sans précédent et apparaissent significativement plus dynamiques que pour toutes les autres classes thérapeutiques d'ampleur comparable.

Aussi, afin de se prémunir contre le risque pesant sur les finances de la protection sociale tout en garantissant à chaque patient l'accès à cette innovation, il est proposé de mettre en place un mécanisme progressif de contribution ayant pour but de rendre les dépenses de médicaments compatibles avec l'ONDAM. Ce mécanisme serait à la charge des entreprises exploitant les médicaments les plus contributeurs de la dépense et ne pas ainsi faire porter aux autres l'arrivée de produits proposés à des prix élevés.

Le dispositif permet donc de définir pour l'hépatite C un plafond de dépenses que la solidarité nationale peut assumer sans demander d'effort supplémentaire aux industriels, calculé sur la base des chiffres d'affaires hors taxe réalisés par les entreprises concernées. Au-delà de ce plafond, les laboratoires reverseront une contribution en fonction de leur chiffre d'affaire réalisé. Les chiffres d'affaires de chaque médicament destinés au

traitement de la pathologie, dont la liste sera définie par la Haute Autorité de santé, seront inclus dans l'assiette de la contribution à l'exception de ceux représentant un faible chiffre d'affaire, ces derniers étant supposés traiter plusieurs pathologies et n'étant pas générateurs du risque pesant sur l'ONDAM. Pour permettre un juste financement de l'innovation, ce montant est fixé à un niveau très supérieur à celui des thérapies précédentes et le mécanisme ne s'applique que pour un niveau de progression du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments destinés au traitement de l'hépatite C près de quatre fois supérieur à celui de l'ONDAM.

Afin de privilégier l'échange et la politique conventionnelle et sous réserve que certains engagements liés notamment au rendement de la mesure soient garantis, le comité économique des produits de santé pourra conclure avec les laboratoires concernés une convention dont l'objet est de répartir le montant total de la contribution entre les différentes entreprises.

Cette mesure apparaît aujourd'hui comme le seul moyen de concilier l'accès aux thérapies innovantes tout en mutualisant les risques financiers entre les laboratoires et l'assurance maladie. Elle revêt un caractère exceptionnel, lié à la situation sans précédent des traitements relatifs à l'hépatite C, et voit en conséquence son application limitée dans le temps à la période 2014-2016.

Article 4

Au II de l'article 63 de la loi n° 2013-1203 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, le montant : « 138 » est remplacé par le montant : « 118 ».

Exposé des motifs

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et le virus T-lymphotropique humain (HTLV).

Cette dotation est fixée par la loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu une dotation de 138 M€.

La présente mesure a pour objet de réduire le montant de la dotation pour cet exercice. En effet, le montant prévisionnel des dépenses à la charge de l'assurance maladie est évalué à 137,2 M€ suite à un moindre niveau d'activité de l'office constaté à mi-année 2014. Aussi est-il proposé de ramener la dotation à 118 M€.

Article 5

① I. – Au titre de l'année 2014, sont rectifiés :

② 1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

③ *(en milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	186,4	193,8	-7,4
Vieillesse	218,1	219,9	-1,7
Famille	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,2	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	461,2	472,9	-11,7

④ 2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

⑤ *(en milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	161,4	168,8	-7,3
Vieillesse	115,1	116,7	-1,6
Famille	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,8	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	332,7	344,3	-11,7

⑥ 3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

⑦

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,9	20,6	-3,7

- ⑧ 4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 12,7 milliards d'euros ;
- ⑨ 5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au III de l'article 24 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;
- ⑩ 6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui sont nulles en application du II.
- ⑪ II. – L'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑫ 1° Au premier alinéa, les mots : « d'une nouvelle section » sont remplacés par les mots : « d'une section distincte » ;
- ⑬ 2° Au I, le 1° et le 2° sont abrogés.
- ⑭ III. – La dernière ligne du tableau du dernier alinéa de l'article L. 137-16 du même code est supprimée.
- ⑮ IV. – L'article L. 135-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « 12° Le financement d'avantages non contributifs, instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient. »
- ⑰ V. – Les dispositions des II, III et IV s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.

Exposé des motifs

Le déficit du régime général et du FSV devrait s'établir à 15,4 milliards d'euros en 2014, soit une dégradation par rapport aux prévisions de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 de 2,1 milliards d'euros. L'écart est légèrement moindre sur le champ tous régimes et FSV (1,7 Md€). Cet écart tient principalement à la révision à la baisse de la masse salariale du secteur privé (évolution de +1,6 % en

2014 au lieu de +2,2 % retenu précédemment) et aux moindres rentrées de CSG sur les revenus du capital.

La section 1 du fonds de solidarité vieillesse sera mobilisée en 2014 pour assurer le financement de deux mesures de solidarité annoncées par le Gouvernement : la revalorisation du minimum vieillesse à 800 euros et le versement d'une prime exceptionnelle de 40 € aux retraités modestes. Ces deux postes de dépenses généreront des dépenses supplémentaires de la section 1 du fonds, à hauteur de 250 millions d'euros environ.

La section 2 du fonds affiche quant à elle une situation excédentaire. Cette section a vocation à mettre en réserve des recettes au titre du financement du maintien à 65 ans du départ à la retraite pour les parents de trois enfants. Les projections montrent que les réserves accumulées jusqu'ici, plus de 900 M€, suffisent à financer l'intégralité de la dépense correspondante. Cet article procède donc à une réaffectation de la fraction de forfait social dont bénéficiait la section 2 du FSV vers la section 1 de ce même fonds.

En tout état de cause, cette mesure d'affectation de recettes, qui contribuera à redresser les comptes de la section 1 du FSV n'affecte aucunement les droits des assurés et assurées concernés, dont les droits à retraite sont garantis en premier lieu par les régimes de base et ont été confortés par les dispositions de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Article 6

- ① Au titre de l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

- ② *(en milliards d'euros)*

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0
Autres prises en charge	1,7
Total	178,3

Exposé des motifs

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs au titre de l'année 2014 devraient être conformes à l'objectif qui avait été rebasé à la baisse dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. Des mesures ont été mises en œuvre par le Gouvernement afin de contenir le dépassement tendanciel des dépenses en 2014. Afin de respecter cet engagement, une partie des mises en réserve décidées en début d'année sera mobilisée, modifiant ainsi les sous-objectifs relatifs aux établissements de santé, aux établissements médico-sociaux et au fonds d'intervention régional. En outre, par rapport aux prévisions présentées dans le cadre de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2014, le sous-objectif des soins de ville sera minoré de 0,1 Md€ du fait de la régulation proposée sur les produits de santé en 2014.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs

Article 7

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – La section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} est ainsi modifiée :
- ③ 1° Elle est intitulée : « Cotisations et contributions sur les revenus de remplacement » ;

- ④ 2° L'article L. 130-1 est abrogé ;
- ⑤ 3° L'article L. 131-1 devient l'article L. 131-1-1 ;
- ⑥ 4° Il est rétabli un article L. 131-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 131-1.* – Les cotisations et contributions sociales dues sur les avantages de retraite et d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve du II *bis* de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, allocations ou revenus par l'organisme débiteur de ces revenus. » ;
- ⑧ 5° Les articles L. 131-2 et L. 131-3 sont transférés au sein de cette section et l'article L. 131-2 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑩ « Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les allocations et indemnités des travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation totale ou partielle d'activité versées en application des articles L. 1233-68 et L. 1233-72, du II de l'article L. 5122-1 et des articles L. 5122-4, L. 5123-2, L. 5123-3, L. 5421-2, L. 5422-1, L. 5424-6 et L. 5425-2 du code du travail, ainsi que de l'article L. 5343-18 du code des transports.
- ⑪ « Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. » ;
- ⑫ b) Au troisième alinéa, les mots : « 1031 du code rural » sont remplacés par les mots : « L. 741-14 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ⑬ c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , notamment les taux des cotisations ».
- ⑭ B. – La section 2 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} est abrogée.

⑮ C. – Le chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complété par une section 6 ainsi rédigée :

⑯ « Section 6

⑰ « Règles d'arrondis

⑱ « Art. L. 133-10. – Le montant des cotisations et contributions sociales et de leurs assiettes déclarées aux organismes de sécurité sociale en application du présent code, du code de l'action sociale et des familles ou du code rural et de la pêche maritime est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. »

⑲ D. – Aux 1^o et 2^o du III de l'article L. 136-2, les mots : « déterminés en application des dispositions des I et III du même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au 2^o du III de l'article L. 136-8 ».

⑳ E. – Les trois premières phrases du III de l'article L. 136-5 sont supprimées.

㉑ F. – L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

㉒ 1^o Au 1^o du II, les mots : « au taux de 6,2 % » sont remplacés par les mots : « aux taux de 3,8 % ou 6,2 %, selon les modalités définies au III, » ;

㉓ 2^o Au 2^o du II, les mots : « au taux de 6,6 % » sont remplacés par les mots : « aux taux de 3,8 % ou 6,6 %, selon les modalités définies au III du présent article, » ;

㉔ 3^o Le III est ainsi rédigé :

㉕ « III. – Les taux mentionnés aux 1^o et 2^o du II s'appliquent :

㉖ « 1^o Pour ceux de 6,2 % et 6,6 %, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes 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 13 900 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 € pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 € ;

- 27 « 2° Pour celui de 3,8 %, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts est inférieur aux seuils mentionnés à l'alinéa précédent et excède 10 633 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire, retenues pour le calcul de l'impôt sur le revenu afférent à ces revenus. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 € pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 13 156 €, 3 265 € et 2 839 €.
- 28 « Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour la contribution due au titre de l'année 2015. Ils sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. »
- 29 G. – À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 137-11-1, les mots : « selon les règles définies à l'article L. 130-1 » sont remplacés par les mots : « à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. »
- 30 H. – Au premier alinéa de l'article L. 241-3, la référence : « L. 131-1 » est remplacée par la référence : « L. 135-1 ».
- 31 I. – Au premier alinéa du II de l'article L. 242-13, les mots : « , selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier alinéa » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième alinéa ».
- 32 J. – L'article L. 243-2 est ainsi modifié :
- 33 1° Le premier alinéa est supprimé ;
- 34 2° Au deuxième alinéa, les mots : « mentionnées à l'alinéa ci-dessus » sont remplacés par les mots : « dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} ».
- 35 K. – À l'article L. 244-1, les mots : « L'employeur ou le travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « Le cotisant ».

- ③⑥ L. – À l'article L. 244-11, les mots : « dues par un employeur ou un travailleur indépendant » sont supprimés.
- ③⑦ M. – À l'article L. 244-14, les mots : « employeurs ou travailleurs indépendants » sont remplacés par deux fois par les mots : « cotisants ».
- ③⑧ N. – Le dernier alinéa de l'article L. 612-9 est abrogé.
- ③⑨ II. – Le premier alinéa du 1^o *bis* de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ④⑩ 1^o Les mots : « la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 *bis* de l'article 1657 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède le seuil mentionné au 1^o du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale » ;
- ④⑪ 2^o Les mots : « au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 136-5 du même code ».
- ④⑫ III. – Au I de l'article 154 *quinquies* du code général des impôts, les mots : « visés au 1^o du II et au III de l'article L. 136-8 du même code et pour ceux visés au 2^o du II du même article, à hauteur respectivement de 3,8 points et 4,2 points » sont remplacés par les mots : « mentionnés au II de l'article L. 136-8 du même code, à hauteur de 3,8 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 3,8 % ou 6,2 % et à hauteur de 4,2 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 6,6 % ».
- ④⑬ IV. – Au troisième alinéa de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « , conformément aux principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième alinéa ».
- ④⑭ V. – Au premier alinéa du III de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les mots : « aux articles L. 243-2 du code de la sécurité sociale et 1031 du code rural » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 131-1 du code de la sécurité sociale ».
- ④⑮ VI. – Le présent article s'applique aux revenus de remplacement dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2015, à l'exception du III qui s'applique à compter de l'imposition des revenus de l'année 2015.

Exposé des motifs

Le rapport du groupe de travail sur la fiscalité des ménages remis au Premier ministre le 13 mai dernier par MM. Dominique Lefebvre et François Auvigne souligne que notre système fiscal-social présente des propriétés redistributives marquées mais également un caractère déformé aux niveaux inférieurs du barème, résultant d'un empilement de dispositifs qui peuvent différer bien que poursuivant des objectifs similaires. Même s'il réduit globalement les inégalités, ce système se caractérise dans le bas du barème des prélèvements par des effets de seuils importants puisque le franchissement de certains commande l'obtention ou la perte de plusieurs avantages sociaux et fiscaux à la fois. Certains de ces seuils reposent en outre sur des critères qui reflètent imparfaitement la réalité des capacités contributives.

Cette imperfection est en particulier observée s'agissant de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacement. Afin de préserver le pouvoir d'achat des personnes qui les perçoivent et ont de faibles revenus, le législateur a en effet exclu de son assiette les pensions de retraites et les allocations de chômage perçues par des contribuables dont le revenu fiscal de référence de l'avant-dernière année est inférieur au seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation. Le franchissement du seuil d'exonération de taxe d'habitation, fixé à 10 224 € pour une personne seule en 2013, conduit ainsi à un double assujettissement à la taxe d'habitation en 2013 et à la CSG au taux de 3,8 % en 2014.

Ce seuil a en outre été complété, à compter de 1997 et de la création d'un taux intermédiaire de CSG sur les revenus de remplacement, par un second seuil, qui dépend du montant de cotisation d'impôt sur le revenu, dont le franchissement emporte quant à lui l'assujettissement au taux normal de CSG de 6,2 % sur les allocations de chômage ou 6,6 % pour les pensions de retraite. Ce seuil correspondant en pratique au seuil de recouvrement de l'impôt sur le revenu, soit une cotisation d'impôt supérieure à 61 €.

Or ce second seuil est moins à même de prendre en compte les capacités contributives que celui du revenu fiscal de référence, dans la mesure où il est calculé après l'application d'éventuelles réductions d'impôts attachées au soutien d'objectifs spécifiques (mais avant imputation des crédits d'impôts). De par sa construction ce seuil est en outre susceptible de conduire à des « va et vient » s'agissant des taux de CSG appliqués successivement à un même pensionné alors même que sa situation est pourtant globalement inchangée par ailleurs. On observe à cet égard que près de 10 % des retraités changent chaque année de taux, ce qui

est particulièrement élevé pour une population dont les revenus sont en général plutôt stables.

Afin de limiter les effets du franchissement des seuils sociaux et de mettre en œuvre la préconisation du rapport sur la fiscalité des ménages visant à ce que le revenu fiscal de référence devienne progressivement l'unique critère pour l'octroi d'un avantage fiscal ou social, la présente mesure lui substitue un critère de revenu fiscal. Ce seuil est fixé à 13 900 euros afin de tenir compte de l'effet de la réduction d'impôt exceptionnelle créée en 2014 et de faire bénéficier les ménages dont les revenus sont inférieurs à ce seuil d'une baisse de leur taux de CSG. Les personnes dont les revenus sont supérieurs à ce seuil et qui auraient pu bénéficier d'une baisse de leur taux de CSG du fait de cette réduction d'impôt ou qui bénéficiaient jusqu'à présent du taux réduit du fait d'autres réductions d'impôt ne profiteront pas d'une telle baisse ou perdront le bénéfice du taux réduit. Par ailleurs, l'article fixe, pour l'assujettissement au taux réduit de CSG, un seuil qui sera revalorisé pour les années suivantes en fonction de l'inflation, indépendamment de celui retenu pour l'assujettissement à la taxe d'habitation. La mesure s'effectue avec un objectif de rendement constant pour les produits de CSG sur les revenus de remplacement.

L'article procède par ailleurs à une modification des dispositions, actuellement éparpillées et insuffisamment mises à jour, qui régissent le recouvrement de la CSG sur les revenus de remplacement afin de les rendre plus lisibles et d'en simplifier la gestion, sans impact pour les redevables.

Article 8

- ① I. – L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 21° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « 21° Les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel.
- ④ « Un décret précise les sommes, activités et employeurs entrant dans le champ d'application du présent 21°. Il fixe les conditions dans lesquelles, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, les sommes versées en rétribution de la participation à cette mission peuvent, en accord avec l'ensemble des parties, être versées à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée l'activité salariée, lorsque ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération.

- ⑤ « Il fixe également les conditions dans lesquelles les dispositions du précédent alinéa ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3. Dans ce cas, les sommes versées en rétribution de l'activité occasionnelle sont assujetties dans les mêmes conditions, selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties que le revenu d'activité non salarié, tel que défini à l'article L. 131-6, ou les revenus professionnels, tels que définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession. » ;
- ⑥ 2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article. »
- ⑧ II. – L'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.
- ⑨ III. – Le présent article s'applique aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objectif de fournir un cadre social adapté à un certain nombre d'activités occasionnelles accomplies par des professionnels sous forme de concours à des missions de service public, notamment dans le domaine sanitaire et social (médecins accueillant des étudiants en médecine, médecins salariés participant à la permanence des soins ambulatoires, personnes participant à des commissions scientifiques ou des commissions paritaires...).

L'article vise également à proposer un dispositif particulier pour le versement des rémunérations et le recouvrement des cotisations dues au titre des sommes versées dans ce cadre. Il s'agit de proposer à la personne contribuant à la réalisation d'une mission de service public et à la personne publique ou privée pour le compte de laquelle celle-ci est effectuée de faire verser la rétribution afférente à la mission et précompter les cotisations dues par l'employeur habituel, avec l'accord de ce dernier, afin de réduire les démarches administratives des personnes concernées et de limiter les cas de pluri-affiliation. En effet, l'obligation pour certains salariés de s'affilier comme travailleurs indépendants peut représenter une charge disproportionnée, dissuasive à leur participation à ces activités.

En outre, en cohérence avec les évolutions issues de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 s'agissant des indemnités de mandat des élus locaux, cet article supprime l'exonération dont bénéficiaient jusqu'alors les indemnités versées aux membres des chambres des métiers et de l'agriculture ainsi que celle applicable aux indemnités pour perte de gain que perçoivent les administrateurs des caisses de sécurité sociale ayant la qualité de travailleur indépendant.

Article 9

- ① À la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, après l'article L. 242-4-3, il est inséré un article L. 242-4-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 242-4-4.* – Les cotisations forfaitaires fixées par arrêté pris en application des dispositions des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 ne peuvent être calculées sur une base inférieure à 70 % de la rémunération lorsque celle-ci est égale ou supérieure à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3. »

Exposé des motifs

La partie législative du code de la sécurité sociale renvoie à des arrêtés ministériels le soin de fixer, pour certaines catégories d'assujettis, des assiettes forfaitaires de cotisations de sécurité sociale (famille, maladie, vieillesse et accident du travail – maladies professionnelles). Cette règle en application de laquelle l'assiette des cotisations peut, dans certains cas, être fixée à un niveau infra-législatif, a conduit à mettre en place des assiettes forfaitaires qui ont principalement un effet protecteur sur les droits sociaux, lorsque l'assiette retenue est fixée à un niveau supérieur à la rémunération. Néanmoins, dans certains cas, ces cotisations permettent une réduction des prélèvements sociaux, lorsque leur assiette est inférieure aux sommes perçues, et peuvent conduire à des formes d'optimisation sociale.

Le présent article propose ainsi une règle d'encadrement général visant à limiter à 30 % le taux d'abattement pouvant être appliqué à la rémunération réelle au titre de ces mécanismes d'assiette forfaitaire. Pour ne pas pénaliser l'emploi dans les secteurs dans lesquels la demande de travail des entreprises ou des associations est particulièrement sensible à son coût, cet encadrement sera limité aux rémunérations supérieures à 1,5 fois le montant du plafond de la sécurité sociale.

Article 10

- ① I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Dans l'intitulé du chapitre et de sa section 1, les mots : « au sens de l'article L. 596 » sont supprimés ;
- ③ 2° La section 2 est ainsi rédigée :
- ④ « *Section 2*
- ⑤ « ***Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques***
- ⑥ « *Art. L. 138-10.* – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus de L %, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.
- ⑦ « Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7, à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :
- ⑧ « 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application 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 pour lesquels le chiffre d'affaire hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;

- ⑨ « 2° Les spécialités génériques définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.
- ⑩ « *Art. L. 138-11.* – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10 minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1.
- ⑪ « Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1 multiplié par la différence entre l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article et le dernier prix proposé ou déclaré par l'entreprise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.
- ⑫ « *Art. L. 138-12.* – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

⑬

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	50 %
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %
T supérieur à L + 1 point	70 %

- ⑭ « La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 60 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 40 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.
- ⑮ « Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.
- ⑯ « *Art. L. 138-13.* – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.
- ⑰ « Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. Une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

- ⑱ « *Art. L. 138-14.* – Lorsqu’une entreprise assurant l’exploitation d’une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d’entreprise mentionnée à l’article L. 138-10 s’entend de ce groupe.
- ⑲ « Le groupe mentionné à l’alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l’année au cours de laquelle la contribution est due, en application de l’article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu’elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.
- ⑳ « La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l’article L. 213-1 désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d’une part, une déclaration consolidée pour l’ensemble du groupe et, d’autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.
- ㉑ « En cas de scission ou de fusion d’une entreprise ou d’un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.
- ㉒ « *Art. L. 138-15.* – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l’objet d’un versement au plus tard le 1er juin suivant l’année civile au titre de laquelle la contribution est due.
- ㉓ « Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l’objet d’une régularisation l’année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l’article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l’article L. 162-18.
- ㉔ « Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l’article L. 213-1 désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d’affaires réalisé au cours de l’année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er mars de l’année suivante.

- ②5 « Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;
- ②6 3° Les articles L. 138-17 à L. 138-19 sont abrogés.
- ②7 II. – Le I s'applique pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2015.
- ②8 Le taux L mentionné aux articles L. 162-10 et L. 162-12 du code de la sécurité sociale est fixé à -1 %.
- ②9 III. – À compter du 1^{er} janvier 2015, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d'euros.
- ③0 IV. – Après l'article L. 162-17-4-1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-17-5 ainsi rédigé :
- ③1 « Art. L. 162-17-5. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-7, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7 des produits et prestations concernés.
- ③2 « Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire. »
- ③3 V. – L'article L. 162-22-7-1 du même code est abrogé. Toutefois, les dispositions de cet article continuent de s'appliquer aux spécialités, produits ou prestations pour lesquels le Comité économique des produits de santé a fixé un montant maximum de dépenses.

Exposé des motifs

En France, les dépenses de médicaments en France sont de l'ordre de 25 milliards d'euros et elles ne cessent de croître. Or, au vu de la forte

contrainte qui pèse aujourd'hui sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de l'engagement du Gouvernement à maintenir la stabilité des dépenses de médicaments remboursés, il convient de pérenniser et d'adapter les actions permettant d'assurer la soutenabilité du système de santé en sécurisant l'évolution des dépenses de médicaments.

En effet, l'outil existant de régulation globale, le taux K, présente un certain nombre de limites : le cadre juridique de sa mise en œuvre conventionnelle est complexe, peu lisible et n'offre pas de garantie d'efficacité lorsque la clause de sauvegarde est activée. Tout en conservant les principes essentiels du dispositif (référence au chiffre d'affaires, progressivité de la contribution, encouragement à un dispositif de remises conventionnelles), il est donc nécessaire de proposer certaines évolutions. Le but de la clause de sauvegarde est en effet d'inciter les acteurs à mettre en œuvre les actions qui permettront de réaliser les économies attendues. Il est donc nécessaire de disposer d'une clause de sauvegarde crédible et d'application claire. De nouveaux mécanismes d'action permettraient ainsi de mieux faire participer l'ensemble des entreprises concernées mais également de doter le comité économique des produits de santé (CEPS) de nouveaux outils intervenant quand le débat conventionnel n'a pas permis d'aboutir à un consensus.

La présente mesure a donc pour objet d'adapter les outils de régulation existants, à commencer par le taux K, qui devient ainsi le taux L. Le nouveau dispositif, dont la contribution au respect de l'ONDAM est réaffirmée, est désormais rendu plus efficace lorsque la clause de sauvegarde est activée. Il est également ajusté et simplifié dans un double objectif de prévisibilité pour les entreprises et de garantie de la soutenabilité des dépenses de médicaments par le système national de financement des soins.

Par ailleurs, il est proposé d'étendre la disposition qui permet aujourd'hui au CEPS de fixer, pour un médicament pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, un montant de dépense au-delà duquel il peut décider d'une baisse de prix. L'objectif de cette mesure est donc de doter le CEPS de nouveaux outils pour les rares cas où le débat conventionnel n'a pas permis d'aboutir à un consensus car il s'agit d'un dispositif alternatif à la fixation unilatérale du prix facial.

Enfin, au-delà du dispositif du taux L, le dernier objet de cet article est de modifier, pour l'année 2015, le montant plafond des dépenses qui peuvent être allouées aux médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C. En effet, dans la partie rectificative

de la présente loi, il est proposé de mettre en place un nouveau mécanisme de régulation qui permet de définir, pour le traitement de cette pathologie, un montant plafond de dépenses que la solidarité nationale peut supporter, calculé en fonction des prévisions de progression de la dépense dans cette pathologie et des contraintes liées à l'ONDAM, et au-delà duquel les laboratoires reversent une contribution. Le montant qui a été fixé pour l'année 2014 doit être revu à la hausse dans la mesure où les médicaments concernés ne seront plus dans une période de prise en charge dérogatoire ou d'entrée progressive sur le marché. Aussi, il convient pour 2015 de prendre en compte la montée en charge des mises sous traitements et l'entrée dans le droit commun du financement, en augmentant le montant de l'enveloppe dédiée à ces produits.

Article 11

- ① I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ② 1° L'article 1600-0 O est abrogé ;
- ④ 2° L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au premier alinéa du I, les mots : « des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P déclarent cette taxe » et les mots : « chacune des taxes concernées » sont remplacés par les mots : « la taxe concernée » ;
- ⑥ b) Au deuxième alinéa du I, les mots : « les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « la taxe mentionnée au I de l'article » ;
- ⑦ c) Au II, les mots : « Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées » sont remplacés par les mots : « La taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P est constatée recouvrée et contrôlée » ;
- ⑧ d) Au premier alinéa du III, les mots : « des taxes mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée » et les mots : « les taxes à leur place » sont remplacés par les mots : « la taxe à leur place » ;
- ⑨ e) Au deuxième alinéa du III, les mots : « dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux » sont supprimés ;

- ⑩ f) Au IV, les mots : « des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée à l'article » ;
- ⑪ 3° Au III *bis* de l'article 1647, la référence : « 1600-0 O, » est supprimée.
- ⑫ II. – Le premier alinéa de l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales est supprimé.
- ⑬ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Le dernier alinéa de l'article L. 138-9-1 est remplacé par l'alinéa suivant :
- ⑮ « La déclaration prévue par le présent article doit être effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, le comité peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires hors taxe des ventes réalisées en France. Les dispositions des troisième et quatrième alinéas ci-dessus sont applicables à cette pénalité » ;
- ⑯ 2° L'article L. 138-20 est ainsi modifié :
- ⑰ a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 245-5-1 », il est inséré la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;
- ⑱ b) Après le premier alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑲ « Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.
- ⑳ « La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au précédent alinéa entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. » ;
- ㉑ 3° L'article L. 165-5 est ainsi modifié :
- ㉒ Le premier alinéa est précédé de la mention : « I » ;
- ㉓ Le dernier alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

- 24 « II. – La déclaration prévue au I doit être effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l’obligation de déclaration dématérialisée, l’agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d’affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Les dispositions du troisième alinéa du I sont applicables à cette pénalité. » ;
- 25 4° L’article L. 241-2 est ainsi modifié :
- 26 a) Au 6°, après la référence : « L. 245-5-1 », il est inséré la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;
- 27 b) Au 7°, les mots : « Les taxes perçues au titre des articles L. 1600-0 O et L. 1600-0 R » sont remplacés par les mots : « La taxe perçue au titre de l’article L. 1600-0 R » ;
- 28 5° Dans l’intitulé de la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II, le mot : « contribution » est remplacé par le mot : « contributions » ;
- 29 6° Avant l’article L. 245-5-6, il est inséré un article L. 245-5-5-1 ainsi rédigé :
- 30 « Art. L. 245-5-5-1. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l’article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés.
- 31 « II. – La contribution s’applique aux dispositifs médicaux définis à l’article L. 5211-1 du code de la santé publique et aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* définis à l’article L. 5221-1 du même code.
- 32 « III. – L’assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes réalisées en France, au cours de l’année civile au titre de laquelle elle est due, de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée.
- 33 « IV. – Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,29 %.
- 34 « V. – La contribution n’est pas exigible lorsque le montant total des ventes mentionnées au III du présent article n’a pas atteint, au cours de l’année civile au titre de laquelle elle est due, un montant hors taxes de 500 000 euros.

- ③⑤ « VI. – La première vente en France au sens du I du présent article 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.
- ③⑥ « Le fait générateur de la contribution intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La contribution est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.
- ③⑦ « VII. – La contribution mentionnée au I du présent article est versée selon les mêmes modalités que celles prévues à l’article L. 245-5-5 du présent code.
- ③⑧ « VIII. – L’Agence centrale des organismes de sécurité sociale transmet à l’agence mentionnée à l’article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de la contribution mentionnée au I du présent article, dans des conditions et suivants des modalités déterminées par décret.
- ③⑨ « 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. »
- ④⑩ IV. – Au premier alinéa de l’article L. 5121-18 du code de la santé publique, les mots : « taxe prévue à l’article 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « contribution prévue à l’article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale ».
- ④⑪ V. – A. – Les 1^o, 2^o et 3^o du III du présent article s’appliquent aux déclarations et versements effectués à compter du 1^{er} janvier 2015.
- ④⑫ B. – La taxe mentionnée à l’article 1600-0 O du code général des impôts dans sa rédaction en vigueur antérieurement à la présente loi demeure exigible au titre des ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées jusqu’au 31 décembre 2014.
- ④⑬ La contribution prévue à l’article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale créé par le présent article est applicable aux ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le secteur des dispositifs médicaux est en France un secteur en croissance et plusieurs publications récentes dressent le portrait d’un

secteur dont le renforcement et le développement sont très positifs pour la France en termes d'emplois non délocalisables.

Le présent article a pour objectif de simplifier les démarches administratives des entreprises de ce secteur.

Ainsi, il est proposé, dans un souci de rationalisation de l'action de recouvrement et de contrôle et de simplification de la fiscalité pour les petits redevables, de rehausser le seuil d'assujettissement pour la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux et de confier son recouvrement à un seul opérateur, le réseau des URSSAF, déjà en charge du recouvrement des autres contributions sur les produits de santé (spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux). Ainsi, tous les redevables actuels dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 500 000 € seront désormais exonérés de cette taxe et dispensés de toute déclaration. Par ailleurs, pour les redevables restants, la déclaration et le paiement de cette taxe seront concomitants à la déclaration et au paiement de la contribution sur les dépenses de publicité dont ils sont par ailleurs redevables le cas échéant.

Par ailleurs, le présent article prévoit la dématérialisation de la déclaration unique et du paiement de l'ensemble des contributions sur les produits de santé dont le recouvrement avait été unifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Dans la même logique, il prévoit la dématérialisation des déclarations spécifiques effectuées auprès du Comité économique des produits de santé (CEPS) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM).

Article 12

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La section 1 du chapitre I^{er} du titre VII du livre I^{er} est complétée par deux articles ainsi rédigés :
- ③ « *Art. L. 171-4.* – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français peuvent conclure des conventions entre elles afin de confier à une ou plusieurs caisses de sécurité sociale l'exercice des recours subrogatoires prévus par

les articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code et l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime.

- ④ « *Art. L. 171-5.* – Pour l'exercice de l'action amiable visée au sixième alinéa de l'article L. 376-1 et au quatrième alinéa de l'article L. 454-1 du présent code, une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, et, le cas échéant, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure. » ;
- ⑤ 2° La deuxième phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 et la deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 454-1 du présent code sont supprimées ;
- ⑥ 3° À l'article L. 613-21, les mots : « à L. 376-3 » sont remplacés par les mots : « à L. 376-4 » ;
- ⑦ 4° À la section 4 du chapitre III du titre IV du livre VI, il est inséré un article L. 643-9 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 643-9.* – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;
- ⑨ 5° Au chapitre IV du titre IV du livre VI, il est inséré un article L. 644-4 ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art. L. 644-4.* – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;
- ⑪ 6° Au chapitre V du titre IV du livre VI, il est inséré un article L. 645-5-1 ainsi rédigé :
- ⑫ « *Art. L. 645-5-1.* – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;
- ⑬ 7° La sous-section 7 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre III est complétée par un article L. 723-13-1 ainsi rédigé :

- ⑭ « Art. L. 723-13-1. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application de la présente section. » ;
- ⑮ 8° La section 4 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-21-1 ainsi rédigé :
- ⑯ « Art. L. 723-21-1. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application de la présente section. »
- ⑰ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑱ 1° Le titre III du livre VII est complété par un chapitre III ainsi rédigé :
- ⑲ « CHAPITRE III
- ⑳ « **Recours des caisses contre les tiers payeurs**
- ㉑ « Art. L. 733-1. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations servies en application du chapitre II du présent titre.
- ㉒ « Pour l’application de ces dispositions, les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses d’assurance maladie. » ;
- ㉓ 2° Au premier alinéa de l’article L. 761-16, après la référence : « L. 454-1, » est ajoutée la référence : « L. 454-2, » ;
- ㉔ 3° La dernière phrase du premier alinéa de l’article L. 761-19 est complétée par les mots : « ainsi que des articles L. 454-1 et L. 454-2 du même code. » ;
- ㉕ 4° Au premier alinéa de l’article L. 762-14, les mots : « à L. 376-3 » sont remplacés par les mots : « à L. 376-4 » ;
- ㉖ 5° Au premier alinéa de l’article L. 762-26, après les mots : « chapitre II », sont ajoutés les mots : « et du chapitre III ».
- ㉗ III. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2015.

Exposé des motifs

Le présent article vise à parachever l'extension, à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, des dispositions applicables dans le régime général en matière de recours contre les tiers responsables.

Par ailleurs, il prévoit la possibilité pour les caisses nationales de conclure entre elles des conventions visant à confier la mise en œuvre de ces recours à certaines caisses locales des régimes concernés.

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement

Article 13

- ① I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ② 1° L'article 995 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 11° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue par l'article L. 211-1 du code des assurances » ;
- ④ b) Le dernier alinéa du 12° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue par le même article L. 211-1 » ;
- ⑤ c) Le 13° est abrogé ;
- ⑥ d) Il est complété par un 18° ainsi rédigé :
- ⑦ « 18° Les contrats d'assurance maladie assujettis à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑧ 2° L'article 1001 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Les 2° *bis* et 2° *ter* sont abrogés ;
- ⑩ b) Le 5° *bis* est complété par les mots : « autres que les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue par l'article L. 211-1 du code des assurances » ;
- ⑪ c) Après le 5° *bis*, il est inséré un 5° *ter* ainsi rédigé :

- ⑫ « 5^o *ter* À 15 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue par le même article L. 211-1 et concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ainsi que les camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci ;
- ⑬ « À 33 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par le même article L. 211-1 pour les véhicules autres que ceux mentionnés au précédent alinéa ; »
- ⑭ *d)* Le dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑮ « Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception de la fraction correspondant à un taux de 13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la taxe au taux de 15 % mentionnés au 5^o *ter* qui sont affectés dans les conditions prévues par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. »
- ⑯ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑰ A. – Le 4^o de l'article L. 131-8 est ainsi rédigé :
- ⑱ « 4^o La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; ».
- ⑲ B. – La section 3 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} est abrogée.
- ⑳ C. – À l'article L. 138-20, la référence : « L. 137-6, » est supprimée.
- ㉑ D. – À l'article L. 862-3, après le mot : « constitués », sont insérés les mots : « d'une fraction ».
- ㉒ E. – L'article L. 862-4 est ainsi modifié :
- ㉓ 1^o Le I est ainsi modifié :
- ㉔ *a)* Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, » sont supprimés et les mots : « afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de » sont remplacés par les mots : « maladie complémentaire versées pour les » ;

- ②5) b) Au deuxième alinéa, les mots : « la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée » sont remplacés par les mots : « le montant des sommes stipulées » et il est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ②6) « Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient directement ou indirectement du fait de l'assuré. » ;
- ②7) 2° Le II est ainsi modifié :
- ②8) a) Le taux : « 6,27 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % » ;
- ②9) b) Il est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- ③0) « Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative sous réserve que l'organisme ne recueille pas au titre de ce contrat d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues par l'article L. 871-1.
- ③1) « Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues par article L. 871-1.
- ③2) « Lorsque l'ensemble de ces conditions n'est pas respecté, le taux est majoré de 7 points. » ;
- ③3) 3° Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :
- ③4) « II *bis*. – Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé à :
- ③5) « 1° 6,27 % pour les contrats d'assurance maladie complémentaire afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé souscrits dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;
- ③6) « 2° 6,27 % pour les contrats d'assurance maladie complémentaire afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture

définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues par l'article L. 871-1 du présent code, et 20,27 % si ces condition ne sont pas respectées ;

- ③⑦ « 3° 7 % pour les contrats d'assurance maladie afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- ③⑧ « 4° 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités journalières selon les modalités prévues par le 5° de l'article L. 321-1, à l'exception de celles figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II *bis*, sous réserve que l'organisme ne recueille pas au titre de ce contrat d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et 14 % si ces conditions ne sont pas respectées. » ;
- ③⑨ 4° Il est complété par un IV ainsi rédigé :
- ④⑩ « IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II *bis*, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du II *bis* est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté par parts égales à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales. »
- ④⑪ III. – Le présent article s'applique aux primes, cotisations ou fractions de primes ou cotisations pour lesquelles un fait générateur d'imposition intervient à compter du 1^{er} janvier 2016.
- ④⑫ Toutefois, les primes ou cotisations d'assurance relatives aux véhicules terrestres à moteur dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en vertu de l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, ne sont taxées à la taxe sur les conventions d'assurance qu'au taux prévu au 5° *bis* et à hauteur de 18/33^e du taux prévu au dernier alinéa du 5° *ter* de l'article 1001 du code général des impôts dans sa rédaction résultant de la présente loi. Les primes ou cotisations d'assurance maladie complémentaire dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en vertu de l'article L. 862-4 du code de

la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, sont taxées aux taux prévus par la présente loi lorsqu'elles n'ont pas été soumises à la taxe sur les conventions d'assurance applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance qui proposent des contrats d'assurance maladie doivent actuellement déclarer et verser à deux échéances différentes, auprès de deux organismes différents (Urssaf et DGFIP), deux taxes juridiquement distinctes – la taxe de solidarité additionnelle et la taxe sur les conventions d'assurance – pourtant assises sur les mêmes éléments et toutes deux affectées essentiellement à la sphère sociale en raison de la complémentarité entre la couverture assurée par les régimes obligatoires d'assurance maladie et celle des régimes complémentaires.

De la même façon, les sociétés d'assurance qui proposent des contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur doivent actuellement déclarer et verser à deux échéances différentes, auprès de deux organismes différents (DGFIP et Urssaf), deux taxes juridiquement distinctes – la contribution sur les véhicules terrestres à moteur et la taxe sur les conventions d'assurance – pourtant assises sur les mêmes éléments.

La suppression, pour chacune des catégories de contrats d'assurance, de l'empilement des deux taxes auxquelles elles sont actuellement soumises, permettra une simplification du paysage de la fiscalité française et une plus grande lisibilité par les redevables. De même, la rationalisation du recouvrement, confié dorénavant uniquement à l'Urssaf d'Ile de France pour ce qui concerne les contrats d'assurance maladie et à la DGFIP pour ce qui concerne les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur, permettra de ne pas spécialiser deux administrations distinctes dans la gestion et le contrôle de taxations spécifiques.

Article 14

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La dernière phrase du III de l'article L. 136-5 est supprimée ;
- ③ 2° L'article L. 243-1-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ④ « Art. L. 243-1-3. – Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail s'acquittent des cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions suivantes :
- ⑤ « 1° Pour les cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 834-1 ainsi qu'aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales, par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;
- ⑥ « 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relatif au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, par un versement assis sur les montants dus aux caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail pour la couverture des périodes de congés de leurs salariés. Le cas échéant, les versements des cotisations et contributions à la charge des salariés font l'objet d'un ajustement dans les conditions fixées par décret sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés. »
- ⑦ II. – A. – Sous réserve du B, les dispositions de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux périodes d'acquisition de droits à congés postérieures au 1^{er} avril 2015 pour les cotisations et contributions mentionnées au 2° de cet article et à compter du 1^{er} avril 2016 pour les cotisations et contributions mentionnées au 1° du même article.
- ⑧ B. – De manière transitoire, jusqu'à une date fixée par décret pour chaque secteur concerné et au plus tard le 1^{er} avril 2018, le versement mentionné au 2° de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article, est effectué par les caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail, avant la fin du mois au cours duquel les cotisations leur sont versées. Ce versement est égal au produit d'un taux fixé par décret en fonction des taux de cotisations et contributions en vigueur et du montant d'assiette sur lequel les cotisations versées aux caisses de congés payés sont calculées. Le cas échéant, ce versement fait l'objet d'un ajustement dans les conditions fixées par décret sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés.

- ⑨ C. – Un décret fixe les conditions permettant aux entreprises des secteurs qui le souhaitent de bénéficier du dispositif prévu au 2° de l'article L. 243-1-3 dans sa rédaction issue du présent article avant la date fixée au B.

Exposé des motifs

Dans les secteurs où existent des caisses de congés payés, les règles applicables pour le recouvrement des cotisations sociales sont très disparates selon les différents types de cotisations et de contributions et également selon le type d'exonérations qui les concernent : certaines sont appliquées « à la source » par les employeurs tandis que d'autres le sont « à la sortie » par les caisses de congés payés, qui ne sont pas les employeurs.

La retenue à la source s'impose comme le modèle le plus cohérent à terme. En effet, dès lors que l'employeur a acquitté les sommes nécessaires au paiement des cotisations sociales, il est justifié que celles-ci soient immédiatement affectées à la sécurité sociale. C'est d'ailleurs l'option qui a été retenue par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 à l'occasion de l'élargissement important des dispositifs de baisse du coût du travail : il a été choisi en effet une application « au fil de l'eau » de ces avantages pour les employeurs. Ainsi, la mesure permettra notamment de ne plus déconnecter, dans un sens fortement défavorable à la sécurité sociale, le paiement des cotisations et les exonérations portant sur celles-ci.

Cette mesure, sans impact sur le coût du travail pour les entreprises ni sur les droits des salariés, participe en 2015 à la compensation d'une partie des pertes de recettes pour la sécurité sociale, consécutives aux allègements prévus dans le pacte de responsabilité et de solidarité.

À terme, cette mesure permettra de simplifier l'architecture des prélèvements sociaux. Des dispositions transitoires sont toutefois prévues sur une durée importante, afin de permettre aux entreprises des différents secteurs concernés de se préparer à la mise en œuvre de ce dispositif.

Article 15

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Dans la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II, il est rétabli un article L. 243-13 ainsi rédigé :

- ③ « *Art. L. 243-13. – I.* – Les contrôles prévus à l'article L. 243-7 visant les entreprises occupant moins de dix salariés ou les travailleurs indépendants ne peuvent s'étendre sur une période supérieure à trois mois comprise entre le début effectif du contrôle et la lettre d'observations.
- ④ « Cette période peut être prorogée une fois à la demande expresse de l'employeur contrôlé ou de l'organisme de recouvrement.
- ⑤ « La limitation du temps de contrôle prévue au premier alinéa n'est pas applicable lorsqu'est établi au cours de cette période :
- ⑥ « 1° Une situation de travail dissimulé tel que défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;
- ⑦ « 2° Une situation d'obstacle à contrôle mentionnée à l'article L. 243-12-1 ;
- ⑧ « 3° Une situation d'abus de droit tel que défini à l'article L. 243-7-2 ;
- ⑨ « 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou documentation inexploitable.
- ⑩ « II. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables :
- ⑪ « 1° Lorsque la personne contrôlée verse, directement ou par l'entremise d'un tiers, des rémunérations à des salariés dont le nombre est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I ;
- ⑫ « 2° Lorsque l'entité appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code du commerce et que l'effectif de l'ensemble de ces entités est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I. » ;
- ⑬ 2° À l'article L. 243-7, après la première phrase, il est inséré la phrase suivante :
- ⑭ « Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération au sens de l'article L. 242-1. » ;

- ⑮ 3° La section 3 *bis* du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-6-5 ainsi rédigé :
- ⑯ « Art. L. 243-6-5. – I. – Lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif, le directeur des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 peut conclure avec un cotisant une transaction, sauf en cas de travail dissimulé, ou lorsque le cotisant a mis en œuvre des manœuvres dilatoires visant à nuire au bon déroulement du contrôle.
- ⑰ « II. – Cette transaction ne peut porter, pour une période limitée à trois ans, que sur :
- ⑱ 1° Le montant des majorations de retard et les pénalités notamment appliquées en cas de production tardive ou inexactitude des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ;
- ⑲ 2° L'évaluation d'éléments d'assiette des cotisations ou contributions dues relative aux avantages en nature, aux avantages en argent et aux frais professionnels, lorsque la détermination de ces éléments présente une difficulté particulière ;
- ⑳ 3° Les montants de redressements calculés en application des méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation. »
- ㉑ « III. – La possibilité de conclure une transaction sur un ou plusieurs chefs de redressements faisant suite à un contrôle prévu à l'article L. 243-7 et faisant l'objet d'un recours devant la commission de recours amiable de l'organisme de recouvrement est suspendue à compter de la date de ce recours et jusqu'à la date de la décision de cette commission. Cette possibilité n'est rétablie à l'issue de cette période que lorsque le tribunal des affaires de la sécurité sociale a été saisi.
- ㉒ « Lorsqu'une transaction est devenue définitive après accomplissement des obligations qu'elle prévoit et approbation de l'autorité prévue à l'article L. 151-1, aucune procédure contentieuse ne peut plus être engagée ou reprise pour remettre en cause ce qui a fait l'objet de la transaction.
- ㉓ « IV. – Toute convention portant sur les éléments mentionnés aux 1° à 3° doit, à peine de nullité, respecter les conditions et la procédure fixée par le présent article et les textes pris pour son application ».
- ㉔ « V. – La transaction conclue par la personne mentionnée au premier alinéa engage l'organisme de recouvrement. L'article L. 243-6-4 est applicable aux transactions. » ;

- 25 4° L'article L. 652-3 est ainsi modifié :
- 26 a) Au deuxième alinéa, les mots : « cotisations et majorations » sont remplacés par les mots : « cotisations, contributions et majorations » ;
- 27 b) Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- 28 « Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. À peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Toutefois le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :
- 29 « 1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé tel que défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;
- 30 « 2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle mentionnée à l'article L. 243-12-1 ;
- 31 « 3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif. » ;
- 32 c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :
- 33 « Les dispositions du présent article sont applicables au recouvrement des indus de prestations sociales dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »
- 34 II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- 35 1° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre IV du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est complétée par un article ainsi rédigé :
- 36 « *Art. L. 724-7-1.* – Les dispositions de l'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. » ;
- 37 2° L'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime est complété par la phrase suivante : « La deuxième phrase de l'alinéa premier de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;

- ③⑧ 3° La section 3 du chapitre IV du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est complétée par un article L. 725-26 ainsi rédigé :
- ③⑨ « Art. L. 725-26. – Les dispositions de l'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole » ;
- ④⑩ 4° L'article L. 725-12 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :
- ④⑪ « Art. L. 725-12. – Les dispositions de l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. »
- ④⑫ III. – A. – Les dispositions du I ainsi que du 1° et 2° du II du présent article s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2015.
- ④⑬ B. – Les dispositions du 3° du I et du 3° du II du présent article s'appliquent aux transactions conclues à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État et au plus tard le 1^{er} octobre 2015.
- ④⑭ C. – Les dispositions du 4° du I et du 4° du II du présent article s'appliquent aux titres exécutoires émis à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Les relations entre les entreprises et les organismes de contrôle doivent être fondées sur une relation de confiance et le Gouvernement souhaite ainsi que puissent être réexaminés les dispositifs existants, parfois anciens, qui paraissent insuffisamment remplir l'objectif d'équilibre des droits et obligations des deux parties. Le présent article s'inscrit dans cette démarche s'agissant des relations entre les cotisants et les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Il s'agit de formaliser des engagements réciproques qui permettront d'améliorer tant la sécurité juridique que l'efficacité du recouvrement. Les cotisants gagneront en sécurité juridique par la limitation des délais des contrôles et l'encadrement des transactions pouvant être conclues avec les organismes. Les organismes de sécurité sociale bénéficieront d'un renforcement de l'efficacité de la procédure de l'opposition à tiers détenteur vis-à-vis des cotisants dont la bonne foi ne peut être retenue ainsi que de l'élargissement du champ du contrôle.

Article 16

- ① I. – L'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ② 1° Le premier alinéa est précédé de la référence : « I » ;
- ③ 2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail en matière de taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés. » ;
- ⑤ 3° Le troisième alinéa, devenu le quatrième, est précédé de la référence : « II » ;
- ⑥ 4° Le dernier alinéa est précédé de la référence : « III ».
- ⑦ II. – Les dispositions du I s'appliquent aux recours formés devant la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

La Cour de cassation a précisé en 2013 qu'en l'état actuel des textes relatifs au remboursement des cotisations sociales, seul le recours contre la notification par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) d'un taux de cotisations d'accidents du travail pouvait interrompre le cours de la prescription de la demande de remboursement de cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles induites par les cotisations versées. Les contestations portées devant une caisse primaire ne sont donc pas considérées comme interruptives de la prescription.

La mesure proposée, qui s'inspire d'une recommandation formulée par la Cour de cassation dans son rapport d'activité de 2012, vise à éviter que l'employeur n'ait à former plusieurs recours pour obtenir le remboursement des cotisations induites par les cotisations versées auprès de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) lorsque la révision de son taux de cotisation par la CARSAT est la conséquence d'une décision favorable d'une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou d'une décision juridictionnelle relative au caractère professionnel d'un sinistre ou au taux d'incapacité permanente qui en découle.

Article 17

- ① I. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 723-35 est ainsi modifié :
- ③ a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ④ « Il statue sur les demandes de remise des pénalités et majorations de retard portant sur des montants supérieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture. » ;
- ⑤ b) Les sixième et onzième alinéas sont abrogés ;
- ⑥ 2° Après l'article L. 731-13-1, il est inséré un article L. 731-13-2 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 731-13-2.* – Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.
- ⑧ « Les obligations prévues à l'alinéa précédent s'imposent au-delà d'un seuil fixé par décret en fonction du montant des revenus professionnels définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22.
- ⑨ « La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »
- ⑩ II. – Jusqu'à la publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction issue du présent article, les conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole demeurent compétents pour statuer sur l'ensemble des demandes de remise des pénalités et majorations de retard.

Exposé des motifs

Le présent article vise à harmoniser et mettre en cohérence le régime agricole avec les autres régimes (régime général et régime des travailleurs indépendants non agricoles).

Il s'agit en pratique :

– d’une part, de permettre au directeur des caisses de mutualité sociale agricole de se prononcer sur les remises de majoration et pénalités de retard inférieures à un seuil fixé par arrêté, comme au régime général. En l’état actuel du droit, les remises de majorations de retard relèvent de la seule compétence des commissions de recours amiables, ce qui représente une lourde charge de travail pour ces commissions ;

– d’autre part, de prévoir, en cohérence avec les dispositions figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, la dématérialisation des déclarations et des versements des non salariés agricoles dont les revenus sont les plus importants. Cette disposition s’inscrit dans un contexte où près de 60 % des déclarants télé-déclarent déjà leurs revenus.

Article 18

- ① I. – Au quatrième alinéa du II de l’article 35 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l’allègement des démarches administrative, la référence : « L. 212-3, » est supprimée.
- ② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Le I de l’article L. 136-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Pour les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par l’organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins selon les dispositions mentionnées à l’article L. 241-6-2. » ;
- ⑤ 2° Après l’article L. 241-6-1, il est inséré un article L. 241-6-2 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 241-6-2.* – Le recouvrement des cotisations d’allocations familiales dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, ainsi que le contrôle et le contentieux du recouvrement, est assuré par l’organisme gestionnaire de ce régime.
- ⑦ « Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette mission peut être en tout ou partie déléguée, par convention, à des organismes du régime général de la sécurité sociale. » ;

- ⑧ 3° Au 6° de l'article L. 752-4, les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « dévolues à l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins » ;
- ⑨ 4° La section 2 du chapitre II du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale est abrogée.
- ⑩ III. – Le code du travail est ainsi modifié :
- ⑪ 1° Le *f* de l'article L. 5427-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑫ « *f*) Par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des marins. » ;
- ⑬ 2° Au deuxième et au troisième alinéa de l'article L. 6331-53, les mots : « la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes » sont remplacés par les mots : « l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins ».
- ⑭ IV. – La Caisse maritime d'allocations familiales est dissoute à la date du 1^{er} janvier 2016.
- ⑮ Les droits et obligations afférents au service des prestations familiales des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des marins et assurés avant cette date par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés aux caisses d'allocations familiales de leur lieu de résidence.
- ⑯ Les droits et obligations afférents au recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants et assurés avant cette date par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à l'Établissement national des invalides de la marine.
- ⑰ Les contrats de travail des salariés de la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à la caisse d'allocations familiales de Charente-Maritime et à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.
- ⑱ Les modalités relatives à ces transferts sont définies par des conventions conclues, en fonction de leur objet, entre le directeur de la Caisse maritime d'allocations familiales et le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ou celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

- ⑲ Ces conventions déterminent également les modalités de transfert, à compter du 1^{er} janvier 2016, des biens meubles et immeubles de la Caisse maritime d'allocations familiales vers la caisse d'allocations familiales de Charente-Maritime et l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.
- ⑳ V. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

La caisse maritime d'allocations familiales (CMAF) est une caisse de la branche famille qui assure le service des prestations familiales pour la population des marins et de leurs familles et le recouvrement des cotisations d'allocations familiales et de la contribution sociale généralisée due par les marins et leurs employeurs. Elle enregistre une faible activité et des coûts de gestion unitaires élevés. Cette situation est appelée à se dégrader compte tenu de la diminution de la population couverte : en effet, les marins peuvent choisir d'être affiliés à la CMAF ou à une caisse d'allocations familiales et seuls 30 % d'entre eux font le choix la CMAF.

Afin de garantir à cette population de marins une qualité de service équivalente à celle offerte aux autres assurés, la présente mesure vise donc à confier la gestion des prestations familiales de la CMAF aux caisses d'allocations familiales. Cette mesure de gestion n'a pas d'impact sur les prestations d'action sociale du service social maritime dont bénéficient les marins, qui restent inchangées.

La présente mesure organise ce transfert d'activité à compter du 1^{er} janvier 2016. À compter de cette date, les marins affiliés à la CMAF relèveront alors, pour les prestations familiales, de la caisse d'allocations familiales de leur lieu de résidence comme c'est déjà le cas pour 70 % des marins.

L'activité de recouvrement de la CMAF pour les cotisations familiales et les contributions sociales sera, quant à elle, transférée à l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), qui constituera ainsi le guichet unique pour le recouvrement des cotisations sociales des marins.

Le présent projet prévoit également des dispositions pour garantir le transfert des contrats de travail des salariés de la CMAF ainsi que des biens meubles et immeubles.

CHAPITRE III

Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État

Article 19

- ① I. – L'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. L. 225-1-4.* – Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut :
- ③ « 1° Consentir, contre rémunération, des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non salariés agricoles ;
- ④ « 2° À titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article L.O. 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.
- ⑤ « Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées aux 1° et 2°, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »
- ⑥ II. – L'article L. 731-5 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Le régime des exploitants agricoles peut recourir à des prêts et avances auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale. »
- ⑧ III. – Pour les exercices 2015, 2016 et 2017, les montants empruntés par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale ne peuvent excéder 3,8 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Cet article vise à faire bénéficier le régime des exploitants agricoles des conditions favorables de financement auxquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a recours. La caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), qui assume des frais financiers supérieurs à ceux de l'ACOSS pour un encours moyen près de dix fois moindre que celui du régime général, rencontre des difficultés croissantes dans un contexte marqué par le resserrement bancaire. Le présent article vise à permettre à l'ACOSS de prêter, contre rémunération, les sommes nécessaires à la couverture du besoin de financement courant de la CCMSA. Cette possibilité demeure néanmoins encadrée par la fixation d'un plafond d'emprunt sur une période triennale.

Article 20

- ① I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :
- ② 1° Au dernier alinéa de l'article 8, les mots : « à la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots : « à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 » ;
- ③ 2° L'article 15 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④ « *Art. 15.* – L'organisme gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte mentionné à l'article 19 exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles dans les conditions fixées par l'article 26 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. » ;
- ⑤ 3° L'article 19 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥ « *Art. 19.* – La gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte instituée par l'article 22 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. » ;

- ⑦ 4° À l'article 13, à l'article 17 et à l'article 22, les mots : « l'organisme payeur », « la caisse gestionnaire », « la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte » et « l'organisme débiteur des prestations familiales » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article 19 ».
- ⑧ II. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 modifiée relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :
- ⑨ 1° Après l'article 20-5-6, il est inséré un article 20-5-7 ainsi rédigé :
- ⑩ « Art. 20-5-7. – Les frais d'hospitalisation mentionnés au 10° de l'article 20-1 sont facturés dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 174-1 et au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑪ 2° L'article 22 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Au II, il est rétabli un 2° ainsi rédigé :
- ⑬ « 2° D'assurer la gestion du régime des prestations familiales institué par le titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ; »
- ⑭ b) Au II, il est rétabli un 5° ainsi rédigé :
- ⑮ « 5° D'exercer une action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles ; »
- ⑯ c) La première phrase du premier alinéa du III est ainsi rédigée :
- ⑰ « La caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° et de la cotisation prévue à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté par le 4° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. » ;
- ⑱ d) Le IV est abrogé ;

- ⑲ e) Au VI, après la référence : « L. 222-1 », il est inséré la référence : « , L. 223-1 » ;
- ⑳ 3° Au quatrième alinéa de l'article 23, après les mots : « des femmes mahoraises », sont insérés les mots : « , un représentant des associations familiales » ;
- ㉑ 4° L'article 23-2 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ㉒ « Les dispositions des articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve de l'adaptation suivante : au 1° et au 3° du II de l'article L. 162-1-14, les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « de la présente ordonnance ».
- ㉓ « La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences respectivement des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse et des caisses d'assurance maladie. » ;
- ㉔ 5° Au huitième alinéa de l'article 24, les mots : « et L. 222-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 222-1 et L. 223-1 » ;
- ㉕ 6° L'article 26 est ainsi rédigé :
- ㉖ « *Art. 26. – I. –* Pour assurer le service des prestations des régimes définis au 1° à 4° du II de l'article 22, les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses de chacun desdits régimes au titre de l'exercice, après déduction des recettes de cotisations et contributions sociales de ces mêmes régimes au titre de l'exercice.
- ㉗ « Si, pour tout ou partie des régimes, les recettes de cotisations et contributions sociales excèdent les dépenses au titre de l'exercice, la caisse de sécurité sociale de Mayotte transfère les excédents constatés aux organismes nationaux du régime général concernés au titre de ce même exercice.
- ㉘ « II. – Les organismes nationaux mentionnés au I ainsi que l'agence centrale des organismes de sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative au titre de l'exercice, après déduction des éventuelles recettes de gestion administrative au titre de ce même exercice.

- 29 « Les dépenses de gestion administrative de la caisse s’inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l’article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.
- 30 « III. – Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses d’action sociale et de prévention au bénéfice des ressortissants des régimes mentionnés au II de l’article 22.
- 31 « Les dépenses d’action sociale et de prévention s’inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l’article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.
- 32 « Les objectifs de l’action sociale et de la prévention exercée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte en faveur des ressortissants des régimes visés au II de l’article 22 et de leur famille sont définis par les contrats pluriannuels mentionnés à l’article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.
- 33 « IV. – La gestion de chacun des régimes et actions mentionnés au II de l’article 22 est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.
- 34 « V. – L’Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte dans les conditions fixées en application de l’article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.
- 35 « VI. – Les dispositions des articles L. 114-5, L. 114-6 et L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.
- 36 « VII. – Pour l’application du présent article, la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base au sens du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale.
- 37 « VIII. – Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d’application du présent article. »
- 38 III. – L’article L. 762-1-2 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction issue de l’ordonnance n° 2012-789 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation de certaines dispositions du code rural et de la pêche maritime et d’autres dispositions législatives à Mayotte, est ainsi modifié :

- 39 1° Au premier alinéa, les mots : « à l'exception de celle des prestations familiales, » sont remplacés par les mots : « à l'exception du service des prestations familiales, » ;
- 40 2° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- 41 « Le service des prestations familiales pour les non salariés des professions agricoles est assuré par l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte. »
- 42 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 : « maladies professionnelles », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ».
- 43 V. – Les réserves et le report à nouveau inscrits dans les comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte au 1^{er} janvier 2015 au titre de la gestion des régimes, de l'action sociale et de la prévention mentionnés au II de l'article 22 sont transférés, après affectation du résultat de l'exercice 2014, aux organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale. Un arrêté fixe les montants de ces transferts.
- 44 VI. – Les droits, biens et obligations de la caisse d'allocations familiales de La Réunion afférents à la gestion du régime des prestations familiales à Mayotte, ainsi que les contrats de travail des agents concernés, sont transférés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.
- 45 VII. – Les dispositions du I, du II à l'exception des dispositions de son 1°, du III, du V et du VI du présent article prennent effet au 1^{er} janvier 2015. Les dispositions du 1° du II et du IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Après quinze ans d'intégration croissante de la protection sociale mahoraise au droit commun, et bien que le régime de Mayotte demeure juridiquement distinct du régime général, notamment en ce qui concerne les règles d'affiliation et les prestations servies, il apparaît nécessaire de revoir l'organisation comptable et budgétaire de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM), afin de la rapprocher, pour l'ensemble des prestations, de celle applicable aux caisses générales de sécurité sociale, conformément

aux recommandations de la Cour des comptes. Il s'agit également de faire rentrer dans le droit commun la tarification des séjours hospitaliers des assurés de Mayotte lorsqu'ils doivent recevoir des soins sur le territoire national hors de l'île.

Article 21

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – L'article L. 131-7 est ainsi modifié :
- ③ 1° Au premier alinéa, les mots : « , à l'exception de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2011 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles » sont supprimés ;
- ④ 2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Le premier alinéa n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux dispositions prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13 et au deuxième alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant du 11° de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. »
- ⑥ B. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ⑦ 1° Le 1° est ainsi modifié :
- ⑧ a) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,5 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;
- ⑨ b) À la fin du quatrième alinéa, le taux : « 19 % » est remplacé par le taux : « 28,5 % » ;
- ⑩ 2° Le 7° est ainsi modifié :
- ⑪ a) À la fin du a, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 57,53 % » ;

- ⑫ *b)* Au *e*, le taux : « 7,48 % » est remplacé par le taux : « 7,99 % » ;
- ⑬ *c)* Il est complété par un *i* ainsi rédigé :
- ⑭ « *i)* À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 % . »
- ⑮ C. – Le 2° du VI de l'article L. 136-8 est complété par les mots : « et pour les produits mentionnés au III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ».
- ⑯ D. – L'article L. 651-2-1, dans sa rédaction issue de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, est ainsi modifié :
- ⑰ 1° À la fin du 1°, le taux : « 22 % » est remplacé par le taux : « 13,3 % » ;
- ⑱ 2° À la fin du 2°, le taux : « 33 % » est remplacé par le taux : « 41,7 % ».
- ⑲ II. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 6° ainsi rédigé :
- ⑳ « 6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs. »
- ㉑ III. – Le présent article s'applique à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Les mesures du Pacte de responsabilité et de solidarité (renforcement des allègements généraux, exonérations de cotisations famille, création d'un abattement sur la contribution sociale de solidarité des sociétés) ont un impact sur les recettes des organismes de sécurité sociale de l'ordre de 6,3 milliards d'euros. L'article 28 du projet de loi de finances pour 2015 (PLF 2015) prévoit les modalités globales de la compensation de ces mesures pour la sécurité sociale ainsi que l'affectation à celle-ci de l'équivalent du produit de la fiscalisation des majorations de pension pour enfants (soit 1,2 milliards d'euros), comme acté lors de l'adoption de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite.

Cette compensation se fera par la rebudgétisation de la part des aides personnelles au logement actuellement financées par la branche famille, qui réduira les dépenses de la caisse nationale des allocations familiales

(CNAF) de près de 4,75 milliards d'euros et par l'affectation des gains attendus de la mesure réformant les modalités de prélèvement des cotisations et contributions sociales dues au titre des indemnités de congés payés lorsque celles-ci sont versées par des caisses de mutualisation de la gestion des congés (1,52 milliards d'euros).

Le PLF 2015 porte en outre une mesure de rationalisation des relations entre l'État et la sécurité sociale en réaffectant le prélèvement de solidarité, qui finançait jusqu'ici des fonds de l'État intervenant dans le champ de la protection sociale à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM). Ce transfert permet que l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus du capital soit affecté à la sécurité sociale ; il trouve sa contrepartie dans la réduction de la fraction de TVA affectée à la CNAM.

Tirant les conséquences de ces dispositions, le présent article procède à des réaffectations de recettes (taxe sur les salaires, contribution sociale de solidarité des sociétés, droit de consommation sur les tabacs), internes entre les branches et caisses de sécurité sociale afin d'une part d'assurer une compensation équilibrée des effets du pacte de responsabilité et de solidarité pour chacune d'entre elles et d'autre part de faire bénéficier le FSV du produit de la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants.

Ces réaffectations concernent également la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui bénéficiera de manière pérenne d'une compensation des effets du Pacte compte tenu de l'inclusion de la contribution de solidarité autonomie (CSA) dans le champ des nouveaux allègements de cotisations.

Cet article procède par ailleurs à une correction marginale relative aux règles de centralisation des contributions fiscales et sociales par l'ACOSS.

Article 22

- ① I. – Le III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, le mot : « ci-dessus » est remplacé par les mots : « , à l'exception du e bis du I, » ;
- ③ 2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ④ « La contribution portant sur les revenus mentionnés au e bis du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution est versé aux organismes affectataires pour le montant effectivement recouvré sans qu'il soit fait application du prélèvement prévu au B du I de l'article 1641 du code général des impôts. »
- ⑤ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le présent article modifie les modalités de versement, de l'État aux organismes sociaux, des prélèvements sociaux au titre de « l'*exit tax* ».

Pour ce dispositif, mis en place en 2011 afin de soumettre à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux les plus-values latentes sur les valeurs mobilières et droits sociaux constatées avant le changement de domicile des personnes physiques, une différence significative existe entre le montant des émissions mises en recouvrement et le niveau des recouvrements effectifs.

Or, aux termes de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, c'est aujourd'hui sur la base des mises en recouvrement que le montant de la contribution sur les revenus du patrimoine est versé aux organismes affectataires. Actuellement, ces sommes non recouvrées mais effectivement transférées aux organismes affectataires ont entraîné en 2013 une minoration de l'ordre de 0,5 milliard d'euros des recettes nettes d'impôt sur le revenu alors que ces recettes n'ont pas été encaissées par l'État.

Le présent article modifie les modalités de reversement des sommes dues au titre de ces prélèvements sociaux pour qu'elles ne soient plus versées sur la base du rôle primitif mis en recouvrement, mais bien du recouvrement effectif de la contribution.

Article 23

Est approuvé le montant de 3,7 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 2015.

Exposé des motifs

Le présent article approuve le montant des crédits prévus par le projet de loi de finances pour 2015 pour couvrir les dispositifs compensés d'exonération. Les crédits budgétaires correspondants sont fixés à 3,7 milliards d'euros, soit une baisse de 3 % par rapport à 2014 liée notamment au moindre dynamisme des mesures ciblées sur certains publics.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 24

- ① Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et 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	191,0	198,0	-7,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,3
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,2	476,6	-10,3

Exposé des motifs

Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'élève en prévision pour 2015 à -10,3 milliards d'euros, soit une amélioration d'1,4 milliards d'euros par rapport à 2014.

Ce redressement est le fruit d'une progression maîtrisée des dépenses : ralentissement à 2 % de la croissance de l'ONDAM, économies décidées dans le champ de la politique familiale notamment.

Sur le périmètre de la branche famille, ces dispositions permettront d'infléchir significativement le rythme moyen d'évolution des dépenses. Celles-ci devraient progresser de 1,3 %.

L'évolution des dépenses d'assurance vieillesse des régimes de base serait quant à elle de 2,3 % en moyenne sur la période 2014-2017. En 2015, ces dépenses connaîtraient par ailleurs une évolution modérée due au faible niveau d'inflation, la règle de revalorisation des pensions étant en effet construite sur la base de l'évolution des prix afin de garantir le pouvoir d'achat des retraités.

Article 25

- ① Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

- ② *(en milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	166,7	173,6	-6,9
Vieillesse	119,4	120,9	-1,5
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	338,1	348,6	-10,5

Exposé des motifs

Le solde du régime général s'établit en prévision pour 2015 à -10,5 milliards d'euros, soit une amélioration de 1,2 milliards d'euros par rapport à 2014. Comme pour les agrégats relatifs à l'ensemble des régimes obligatoires de base, cette évolution découle de la progression maîtrisée des dépenses notamment au niveau de l'ONDAM, des branches famille et vieillesse.

Article 26

- ① I. – Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, 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	16,6	19,6	-2,9

③ II. – Pour l'année 2015, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 13,1 milliards d'euros.

④ III. – Pour l'année 2015, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

⑤ *(en milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

⑥ IV. – Pour l'année 2015, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

⑦ *(en milliards d'euros)*

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) devrait s'établir à -2,9 milliards d'euros en 2015 contre -3,7 milliards d'euros en 2014. Cette amélioration découle de la baisse prévisionnelle des dépenses liée à la révision des modes de calcul du montant de la prise en charge des cotisations vieillesse des chômeurs par le Fonds. Ce transfert à la Caisse nationale d'assurance vieillesse était préalablement calibré sur la base d'une durée hebdomadaire de 39 heures et non de 35 heures.

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait amortir 13,1 Md€ de dette supplémentaire sur l'année 2015. Les financements déjà affectés à la CADES permettront en effet de reprendre

sur la période l'ensemble des déficits de la CNAVTS et du FSV, mais aussi de transférer à la caisse le déficit 2012 de la branche famille, le reliquat non repris précédemment du déficit 2012 de la branche maladie et une partie du déficit de cette même branche pour 2013. Ces transferts permettront de maîtriser l'évolution des besoins de trésorerie de l'ACOSS, qui bénéficie néanmoins d'un contexte favorable marqué par le niveau historiquement bas des taux d'intérêt.

Du fait des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Fonds de réserve pour les retraites ne recevra aucun abondement en 2015, ses ressources courantes ayant 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.

Article 27

- ① I. – Sont habilités en 2015 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

② *(en millions d'euros)*

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	36 300
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 700
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	600
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	1 050
Caisse nationale des industries électriques et gazières	200
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	400
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

- ③ II. – Le montant maximum des ressources non permanentes fixé au I pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être majoré par décret dans la limite du montant fixé pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au même I compte tenu des dispositions de la convention mentionnée à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale liant ces deux organismes.

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 36,3 milliards d'euros pour l'exercice 2015, soit 1,8 milliards d'euros de plus que celui fixé pour 2014 (34,5 milliards d'euros). Ce montant a été fixé en tenant compte de l'opération de transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits 2014 de la CNAV et du FSV prise en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, ainsi que de l'intégration dans le périmètre de cette reprise de dette des déficits des branches famille et maladie (dans la limite du plafond global de 62 milliards d'euros et de 10 milliards d'euros par an), prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Ce plafond d'emprunt permettra d'assurer à l'ACOSS, la possibilité de faire face aux aléas pesant sur son profil tout au long de l'année. Le point bas est estimé à 34 milliards d'euros environ, en tenant compte des financements liés à la gestion du risque de liquidité qui conduit à immobiliser sur des comptes de secours des sommes empruntées au-delà des besoins journaliers pour sécuriser ainsi le versement des prestations. Par ailleurs, le plafond d'emprunt de l'ACOSS pourra être majoré par décret dans la limite du montant du plafond de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) en lien avec la mesure visant à permettre à cette dernière de recourir à des avances de trésorerie de l'ACOSS, en application des dispositions prévues par l'article 19 du présent projet de loi.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 3,7 milliards d'euros, soit un niveau proche de celui fixé l'année dernière (3,5 milliards d'euros). En légère augmentation par rapport à 2014, le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines est quant à lui fixé à 1 050 millions d'euros, après 950 millions d'euros l'année dernière.

Il est par ailleurs proposé, dans la continuité des efforts mis en œuvre dans les différents régimes spéciaux s'agissant de la gestion de leur trésorerie, d'abaisser les plafonds applicables aux autres régimes (notamment 600 millions d'euros, après 950 millions d'euros en 2014 pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, 400 millions d'euros, après 450 millions d'euros pour la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français, 200 millions d'euros après 400 millions d'euros pour la Caisse nationale des industries électriques et gazières ; le plafond réduit applicable à la RATP reste fixé à 15 millions d'euros).

Ces éléments sont détaillés en annexe 9 au présent projet de loi.

Article 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2015 à 2018), 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.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}

Amélioration de l'accès aux soins et aux droits

Article 29

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Dans l'intitulé de la section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, les mots : « et cartes de santé » sont remplacés par les mots : « et tiers payant » ;
- ③ 2° Après l'article L. 161-36-1 A, il est inséré un article L. 161-36-2 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 161-36-2.* – Les organismes d'assurance maladie sont habilités, dans le cadre du tiers payant, à verser au professionnel ou à l'établissement de santé la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que, le cas échéant, lorsqu'ils ont reçu délégation

de gestion, celle prise en charge par l'organisme servant les prestations d'assurance complémentaire de santé de l'assuré. » ;

- ⑤ 3° Au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, après les mots : « à l'article L. 861-1 », sont insérés les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 » ;
- ⑥ 4° Après l'article L. 863-7, il est inséré un article L. 863-7-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 863-7-1.* – Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3.
- ⑧ « Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. » ;
- ⑨ 5° Le dernier alinéa de l'article L. 861-3 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. »

- ⑪ II. – Le 4° du I du présent article entre en vigueur à la date fixée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.
- ⑫ À compter de cette date et jusqu'au 31 décembre 2015, par dérogation aux dispositions de l'article L. 863-7-1 dans sa rédaction résultant de la présente loi, le tiers payant prévu par ces mêmes dispositions s'applique, s'agissant de la part des dépenses prise en charge par l'assurance complémentaire de santé, à hauteur des niveaux minimaux de prise en charge des dépenses fixés par le décret mentionné à l'article L. 863-6 du même code dans sa rédaction résultant du I de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Exposé des motifs

Le présent article vise à étendre aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS), le dispositif de tiers-payant intégral déjà pratiqué pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).

Les bénéficiaires de l'ACS, dont les revenus s'établissent au maximum au niveau du seuil de pauvreté sont, pour cette raison, particulièrement susceptibles de renoncer aux soins. Afin de leur faciliter l'accès aux soins, la convention médicale prévoit la pratique du tiers-payant pour la part des dépenses de santé remboursée par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Afin de compléter cette disposition, il est proposé d'étendre la dispense d'avance de frais à la part complémentaire des prestations d'assurance maladie en instaurant un tiers-payant intégral à destination des bénéficiaires de l'ACS ayant utilisé leur attestation de droits pour souscrire une assurance maladie complémentaire et respectant le parcours de soins.

Pour des questions de rapidité de mise en œuvre et afin de faciliter la gestion par les professionnels de santé de ce dispositif, il est proposé de garantir la mise en œuvre du tiers-payant intégral grâce au déploiement du système déjà appliqué aux bénéficiaires de la CMU-c, sauf dans l'hypothèse où le professionnel de santé choisit d'utiliser un système ad hoc garantissant la pratique d'un tiers-payant intégral.

La généralisation du tiers-payant intégral aux bénéficiaires de l'ACS interviendra à compter de la date d'entrée en vigueur de la réforme des contrats ACS, le 1^{er} juillet 2015.

Article 30

- ① À l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, après le 21°, il est inséré un 22° ainsi rédigé :
- ② « 22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1. »

Exposé des motifs

La réforme relative à la diversification de la rémunération des pharmaciens a introduit deux types d'honoraires de dispensation : le premier s'applique pour la délivrance de chaque médicament (honoraire par conditionnement), le second s'applique en complément lorsque l'ordonnance est qualifiée de complexe (au moins cinq médicaments prescrits sur une même ordonnance). Sa mise en œuvre est prévue au 1^{er} janvier 2015.

L'honoraire de conditionnement est neutralisé par une réduction à due concurrence de la marge des pharmaciens et sa création n'a pas d'impact sur le reste à charge du patient. Ce n'est pas le cas de l'honoraire complémentaire afférent à une ordonnance complexe.

Afin d'éviter que cette réforme ne se traduise par la création de dépenses supplémentaires à la charge du patient, le présent article vise à introduire une exonération du ticket modérateur applicable aux honoraires de dispensation dus aux pharmaciens en cas d'ordonnance complexe.

Article 31

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 331-6 est ainsi modifié :
- ③ a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse tout travail salarié durant cette période et

sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 313-1. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3. » ;

- ⑤ b) Au quatrième alinéa, les mots : « ne perçoit pas l'indemnité, le bénéficiaire de celle-ci » sont remplacés par les mots : « ne demande pas à bénéficier de l'indemnité, le droit à indemnisation » et après les mots : « au conjoint », le mot : « salarié » est supprimé ;
- ⑥ 2° Après l'article L. 613-19-2, il est inséré un article L. 613-19-3 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 613-19-3.* – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 613-8. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 613-19 et L. 613-19-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.
- ⑧ « Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans des conditions fixées par décret.
- ⑨ « Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. » ;
- ⑩ 3° Après l'article L. 722-8-3, il est inséré un article L. 722-8-4 ainsi rédigé :
- ⑪ « *Art. L. 722-8-4.* – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée

restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et sans qu'il soit fait application du dernier alinéa de l'article L. 722-6. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 722-8 et L. 722-8-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue à l'article L. 732-10 lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.

- ⑫ « Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans des conditions fixées par décret.
- ⑬ « Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. »
- ⑭ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑮ 1° À l'article L. 732-11, les mots : « L. 732-10-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 732-10-1 et L. 732-12-2 » ;
- ⑯ 2° Après l'article L. 732-12-1, il est inséré un article L. 732-12-2 ainsi rédigé :
- ⑰ « *Art. L. 732-12-2.* – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père, lorsqu'il appartient à l'une des catégories mentionnées aux 1°, 2°, *a* du 4° et 5° de l'article L. 722-10, bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 732-15. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'allocation prévue à l'article L. 732-10, sous réserve qu'il cesse toute activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole.
- ⑱ « Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale.

- ⑲ « Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, sous réserve qu'il appartienne aux catégories mentionnées au premier alinéa. »
- ⑳ III. – Le 5° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'État est ainsi modifié :
- ㉑ 1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :
- ㉒ « 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.
- ㉓ « En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.
- ㉔ « Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.
- ㉕ « Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.
- ㉖ « Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;
- ㉗ 2° Au troisième alinéa, qui devient le septième, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent 5° ».
- ㉘ IV. – Le 5° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est ainsi modifié :
- ㉙ 1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

- ⑩ « 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.
- ⑪ « En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.
- ⑫ « Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.
- ⑬ « Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.
- ⑭ « Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;
- ⑮ 2° Au troisième alinéa, qui devient le septième, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent 5° ».
- ⑯ V. – Le 5° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :
- ⑰ 1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :
- ⑱ « 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.
- ⑲ « En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.
- ⑳ « Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

- ④① « Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.
- ④② « Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;
- ④③ 2° Au troisième alinéa, qui devient le septième, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent 5° ».
- ④④ VI. – L'article L. 1225-28 du code du travail est ainsi modifié :
- ④⑤ 1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④⑥ « En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation définie au premier alinéa de l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale, le père peut suspendre son contrat de travail pendant une période au plus égale à la durée d'indemnisation restant à courir, définie au premier alinéa du même article, le cas échéant reportée en application des dispositions du deuxième alinéa du même article. » ;
- ④⑦ 2° Le troisième alinéa est supprimé ;
- ④⑧ 3° Au quatrième alinéa, après les mots : « ou à la personne », il est inséré le mot : « salariée ».
- ④⑨ VII. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux périodes de congés ou de cessation d'activité en cours au 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

En cas de décès de la mère au cours de congé maternité, l'indemnité de congé maternité peut être versée au père ou, s'il n'exerce pas son droit, à la personne liée à la mère par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, dans des conditions qui sont restrictives : d'une part, cette possibilité n'est ouverte que dans les cas où le décès de la mère est dû à l'accouchement ; d'autre part, elle suppose que la mère soit affiliée au régime général ou au régime des salariés agricoles, et que le père ou le partenaire de la mère soit affilié au même régime.

Le régime actuel est donc insatisfaisant au regard des situations individuelles rapportées par les caisses des régimes d'assurance maladie car il ne permet pas de couvrir l'ensemble des cas de décès de la mère au cours du congé maternité.

La présente mesure vise donc à garantir la possibilité de prise en charge du nourrisson par le parent survivant en cas de décès de sa mère. Elle prévoit donc d'étendre le transfert de l'indemnisation maternité de la mère, d'une part, à l'ensemble des causes de décès et, d'autre part, à tous les régimes de sécurité sociale, en assurant entre eux la coordination nécessaire lorsque les parents relèvent de régimes d'assurance maladie différents.

Article 32

- ① I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en charge » sont remplacés par les mots : « et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 ainsi que le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 qui sont pris en charge ».
- ② II. – L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :
- ③ 1° Au début du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Les caisses d'assurance maladie assurent le paiement, d'une part, de l'intégralité des frais de soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30, pour la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie ainsi que pour la part correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations, et d'autre part, du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4. » ;
- ⑤ 2° Au premier alinéa du II, les mots : « aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 due » sont remplacés par les mots : « à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2 due » ;
- ⑥ 3° Dans le même alinéa, après la référence à l'article L. 174-4, il est inséré le membre de phrase suivant : « et rembourse les montants correspondants à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des paiements effectués par les caisses d'assurance maladie en application des dispositions du premier alinéa du I » ;

- ⑦ 4° Les deuxième et troisième alinéas du II sont supprimés.
- ⑧ III. – Les dispositions du I et du 2° du II du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Les dispositions des 1°, 3° et 4° du II entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Les circuits de financement des soins aux personnes détenues demeurent aujourd’hui complexes. Une partie des frais de soins est remboursée aux établissements de santé par les caisses d’assurance maladie auprès desquelles sont affiliées les personnes détenues, tandis que le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont acquittés par les établissements pénitentiaires. Pour les soins dispensés en ville, la loi prévoit le paiement de l’intégralité des frais de soins aux professionnels par la caisse d’assurance maladie à laquelle est affilié le détenu et le remboursement par l’État à cette dernière du ticket modérateur ; or ces modalités de remboursement au niveau local, conjuguées à l’existence de circuits financiers différents entre ces soins et les soins hospitaliers, ont rendu très difficile la mise en œuvre du tiers payant en ville. Cette complexité a été soulignée par la Cour des comptes dans son dernier rapport public.

Afin de permettre la mise en œuvre du tiers payant et de faciliter pour l’administration pénitentiaire le contrôle des sommes dues, la présente mesure vise à unifier les circuits de financement pour l’ensemble de la dépense de soins aux personnes détenues. Les caisses d’assurance maladie avanceront l’intégralité des sommes dues tant aux établissements de santé qu’aux professionnels pour les soins en ville avant que l’administration pénitentiaire rembourse la caisse nationale d’assurance maladie des sommes ainsi engagées via l’émission d’une facture centralisée au niveau national.

CHAPITRE II

Promotion de la prévention

Article 33

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le deuxième alinéa de l’article L. 3121-1 est supprimé ;

- ③ 2° L'article L. 3121-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④ « Art. L. 3121-2. – I. – Dans chacun des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-16, le directeur général de l'agence régionale de santé habilite au moins un centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit qui assure :
- ⑤ « 1° La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- ⑥ « 2° La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;
- ⑦ « 3° La prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception.
- ⑧ « II. – Le centre assure une prise en charge anonyme ou non selon le choix exprimé par l'utilisateur au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'utilisateur, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'utilisateur, avec le consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.
- ⑨ « Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme.
- ⑩ « III. – La gestion d'un centre peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé.
- ⑪ « IV. – Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au I sont prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.
- ⑫ « Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » ;
- ⑬ 3° L'article L. 3121-2-1 est abrogé.

- ⑭ II. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑮ « *Art. L. 174-16.* – Les dépenses des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.
- ⑯ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »
- ⑰ III. – Les établissements de santé et les organismes qui sont actuellement désignés comme consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou habilités en tant que centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles ou qui relèvent d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1 du code de la santé publique peuvent demander jusqu'au 30 avril 2015 leur habilitation en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit en application de l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.
- ⑱ L'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois pour statuer sur la demande d'habilitation. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet implicite de la demande. L'habilitation à fonctionner en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit prend effet au 1^{er} janvier 2016.
- ⑲ Jusqu'au 31 décembre 2015, les établissements et organismes précités, qu'ils aient ou non obtenu l'habilitation mentionnée à l'alinéa précédent, poursuivent leurs activités sous couvert des désignations, habilitations et conventions délivrées en application des dispositions législatives et réglementaires applicables avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi.
- ⑳ À titre dérogatoire, une habilitation provisoire de deux ans peut être délivrée aux établissements et organismes qui ne sont pas en mesure au jour de l'habilitation d'effectuer l'ensemble des activités de centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit, à la condition qu'ils s'engagent à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'exercice de l'ensemble des activités dans ce délai de deux ans. À l'expiration du délai, l'habilitation prend fin et ne peut être renouvelée au centre qui n'exerce pas l'intégralité des activités mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.

- ⑪ IV. – Pour l'année 2015, les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles exercées par des établissements ou organismes habilités en application de l'article L. 3121-2-1 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues au I de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale.
- ⑫ V. – Les dispositions du III et du IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Les dispositions du I et du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

La prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles peuvent être réalisés actuellement par deux types de structures :

– les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) qui sont habilitées par les ARS et financées par l'assurance maladie ;

– les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), qui, depuis la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004, sont gérés soit par les collectivités territoriales par convention avec l'État, soit par des structures habilitées par les ARS. Ils sont financés dans le cadre de la dotation générale de fonctionnement quand ils sont gérés par les conseils généraux, ou dans le cadre du Programme annuel de performance 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », pour les structures habilitées par les ARS.

La réorganisation du dispositif CDAG-CIDDIST est préconisée par :

– le rapport de la Commission des Finances de l'Assemblée nationale sur la mission Santé pour le PLF 2009 présenté par Gérard Bapt ;

– le rapport de la Haute autorité de santé sur les stratégies de dépistage du VIH d'octobre 2009 ;

– le rapport annuel 2010 de la Cour des Comptes ;

– le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2010 sur l'évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ;

– le rapport 2010 du groupe d’experts dirigé par le Pr P. Yeni sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH et le rapport de 2013 dirigé par le Pr P. Morlat ;

– l’avis du Conseil national du SIDA de 2012.

La stratégie nationale de santé (SNS) prévoit donc, dans la feuille de route du chantier n° 2 « Renforcer les stratégies de prévention », cette fusion, que la mesure proposée vise à réaliser à compter du 1^{er} janvier 2016 les CDAG et les CIDDIST et de confier à l’assurance maladie le financement de la nouvelle structure.

La mesure proposée vise donc à fusionner, à compter du 1^{er} janvier 2016, les CDAG et les CIDDIST et à confier à l’Assurance maladie le financement de la nouvelle structure.

Cette fusion permettra tout d’abord de simplifier le régime juridique et financier de la structure et ainsi, de faciliter son pilotage et son suivi.

Elle emporte aussi des bénéfices en termes de santé publique. Pour l’usager, il s’agit d’accroître l’accessibilité de l’offre de prévention et de dépistage du VIH/SIDA, des hépatites et des IST, notamment pour les personnes les plus exposées aux risques en santé sexuelle ou les plus éloignées de l’offre. Alors que entre 30 000 et 50 000 personnes sont non diagnostiquées et ignorent leur infection, ce qui représente plus de 20 % de la population infectée par le VIH/SIDA, par une meilleure visibilité, la mesure encouragera le dépistage volontaire, au bénéfice à la fois de la santé individuelle des personnes concernées, mais aussi la santé collective.

Ensuite, elle permettra de mieux garantir la continuité du parcours en santé sexuelle des usagers : la structure améliorera le lien entre dépistage et prise en charge le cas échéant, notamment en donnant aux usagers, conformément aux recommandations du Conseil national du sida, le choix entre anonymat et non-anonymat, afin de réduire la part de personnes diagnostiquées non prises en charge.

Afin de faciliter cette fusion de structures et son financement par l’Assurance maladie, la mesure prévoit le transfert dès le 1^{er} janvier 2015 (année de transition) du financement des CIDDIST de l’État à l’assurance maladie.

Article 34

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 3111-11 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, dans les conditions fixées par le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.
- ④ « La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑥ 2° L'article L. 3112-3 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au deuxième alinéa, après les mots : « au suivi médical », sont insérés les mots : « , au vaccin » ;
- ⑧ b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale ».
- ⑩ II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

L'accessibilité de la vaccination à l'ensemble de la population est un élément essentiel de la santé publique.

Si la vaccination a vocation à être principalement réalisée chez le médecin traitant, des dispositifs comme les centres de vaccination peuvent favoriser, par la gratuité, l'accès à la vaccination des populations les plus fragiles ou éloignées du système de soins, et contribuer ainsi à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration de la couverture vaccinale, pour le bénéfice de tous.

Aussi, afin de soutenir l'activité de ces centres, la mesure proposée vise à faire prendre en charge par l'assurance maladie les dispensations de vaccins réalisés par ces derniers, dans les mêmes conditions que les vaccins

réalisés en ville ou les vaccins réalisés par la protection maternelle et infantile (PMI). Les centres de vaccination continueront à prendre en charge le ticket modérateur afin de maintenir la gratuité de la vaccination.

Article 35

- ① I. – Le chapitre IV du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1114-5 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1114-5. – Les actions des associations d’usagers du système de santé ayant reçu l’agrément prévu à l’article L. 1114-1, et des organismes concourant à la promotion des droits des usagers du système de santé peuvent bénéficier de financements de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés.
- ③ « Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent chaque année, par arrêté, la liste des associations et organismes bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article. »
- ④ II. – À l’article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré, après le 9°, un 10° ainsi rédigé :
- ⑤ « 10° De participer au financement des actions mentionnées à l’article L. 1114-5 du code de la santé publique. »

Exposé des motifs

La démocratie sanitaire est l’un des piliers de la stratégie nationale de santé. À ce titre, il est important de garantir un financement pérenne et indépendant des associations ou organismes qui représentent les droits des usagers du système de santé ou concourent à leur promotion.

Or l’ensemble des crédits de l’assurance maladie destinés à la démocratie sanitaire sont aujourd’hui regroupés dans le fonds d’intervention régional, ce qui ne permet pas de financer des associations ou organismes nationaux. L’objet de la mesure est donc de permettre à l’assurance maladie de financer, au niveau national, des associations ou organismes ayant pour mission de promouvoir la démocratie sanitaire, dont la liste sera déterminée par arrêté. Ces dotations seront gagées par un redéploiement de crédits consacrés à la démocratie sanitaire en provenance du FIR.

Ce financement sera intégré dans le périmètre du 7^e sous-objectif de l’ONDAM.

CHAPITRE III

Renforcement de la qualité et la proximité du système de soins

Article 36

- ① I. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 162-22-19, il est inséré un article L. 162-22-20 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 162-22-20.* – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mesurés sous la forme d'un score calculé chaque année par établissement.
- ④ « Un décret en Conseil d'État précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul du score sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ⑤ 2° Après l'article L. 162-30-2, il est inséré un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 162-30-3.* – I. – Les établissements de santé mentionnés au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.
- ⑦ « La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au moyens d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑧ « Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.

- ⑨ « Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑩ « II. – Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels, l'établissement est mis en mesure de présenter ses observations. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits.
- ⑪ « En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer au contrat, l'agence régionale de santé peut prononcer, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie, au titre du dernier exercice clos.
- ⑫ « Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat et mentionnés au troisième alinéa, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas. »
- ⑬ II. – Les dispositions du 1° du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Jusqu'au 31 décembre 2015, seuls les établissements de santé volontaires dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont éligibles à un financement complémentaire portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par le biais de la dotation définie à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Le financement des établissements par la tarification à l'activité repose sur un paiement des séjours selon une hiérarchie des coûts observés. Les tarifs permettent aux établissements de santé d'assurer une prise en charge en l'état de l'art médical, notamment grâce à la mise à jour régulière de la classification et des études de coûts. Cependant, le niveau de qualité atteint par les établissements de santé, tel que mesuré par les indicateurs de qualité actuels, n'est pas homogène.

Aussi, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, la mesure proposée vise, dans son premier volet, à instaurer une incitation financière positive pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Des expériences étrangères montrent qu'il est envisageable d'intégrer dans le niveau de rémunération des établissements de santé des incitations permettant de faire progresser plus rapidement le niveau de qualité et sécurité des soins hospitaliers.

Il est donc proposé de créer une dotation complémentaire dont le montant sera déterminé sur la base d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Ce dispositif sera généralisé en 2016.

En 2015, à titre dérogatoire, ce dispositif consistera en une rémunération versée en crédits d'aide à la contractualisation et sera limité à des établissements répondant à un appel à candidatures lancé dans le cadre du programme portant sur l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

La liste des établissements éligibles sera fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Le second volet de la mesure vise à créer un dispositif de contractualisation entre les établissements et les agences régionales de santé (ARS) portant sur trois principaux risques identifiés lors des prises en charge hospitalières (infections nosocomiales ; risque de rupture de parcours, apprécié notamment à travers le taux de ré-hospitalisations ; risque médicamenteux, ciblé par les contrats de bon usage), ciblé sur les établissements ayant un taux de risque élevé. Chaque année, en cas de non atteinte des objectifs du contrat, l'Agence régionale de santé pourra décider de pénalités financières à l'encontre de l'établissement.

Article 37

- ① I. – Au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, après l'article L. 6111-3, il est inséré un article L. 6111-3-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6111-3-1.* – I. – Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux

patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, leur orientation vers des structures dispensant des soins de second recours.

- ③ « II. – Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.
- ④ « Le volume de leur activité de médecine n'excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- ⑤ « III. – Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région.
- ⑥ « IV. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III. »
- ⑦ II. – À la sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-22-8-1, il est inséré un article L. 162-22-8-2 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 162-22-8-2.* – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, les activités de médecine, exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1^o de l'article L. 162-22-10 du présent code et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »
- ⑨ III. – Pour l'année 2015, et par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale créé par le présent article, la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les établissements de santé relevant, avant l'entrée en vigueur de loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, des règles applicables aux hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la même loi, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale et comprise dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de cette dotation est

modulé en fonction de l'activité de l'établissement, mesurée par les données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.

Exposé des motifs

Le Pacte Territoire Santé reconnaît le rôle essentiel des hôpitaux de proximité, qui contribuent à la mise à disposition d'un panier de soins hospitalier essentiel, en particulier dans les zones fragiles. Ils occupent une place par leur activité spécifique dans la gradation des soins et l'interface entre la médecine de ville, les hôpitaux de recours et le secteur médico-social. Pourtant, ils ne bénéficient d'aucun statut particulier et en particulier d'aucun levier propre en matière de financement.

Les hôpitaux de proximité ont un socle commun d'activité constitué d'un service de médecine, le plus souvent complémentaire à une activité de soins de suite et de réadaptation, à une unité de soins de longue durée, d'hospitalisation à domicile et/ou à une activité médico-sociale réalisée en propre ou en partenariat.

L'objectif de la mesure est donc de définir les critères permettant à des établissements ayant les mêmes caractéristiques d'activité et de fonctionnement d'être qualifiés d'hôpitaux de proximité, ouvrant droit à un financement dérogatoire applicable à l'activité de médecine de ces établissements.

Elle propose ainsi un modèle de financement spécifique pour les établissements de proximité pour lesquels un financement complet par la tarification à l'activité n'est pas adapté. Seules les activités de médecine sont visées par ce nouveau modèle de financement ; les autres activités, comme les soins de suite et de réadaptation ou les soins de longue durée, resteront financées selon leurs règles de financement, qui ne relèvent pas d'une tarification à l'activité.

Quelle que soit leur modalité de financement actuelle (dotation annuelle de financement pour les ex hôpitaux locaux, tarification à l'activité pour les autres), l'ensemble des établissements présentant les caractéristiques d'activité et de fonctionnement définies permettant d'être qualifiés d'hôpitaux de proximité bénéficieront de ce nouveau modèle de financement mixte, composé d'une part fixe et d'une part reflétant le niveau d'activité de l'établissement, sous réserve qu'ils soient inscrits sur la liste fixée au niveau national, sur proposition des directeurs généraux des agences régionales de santé qui vérifient les conditions d'éligibilité, en particulier en ce qui concerne le volume d'activité réalisé.

Ce modèle s'appliquera de façon complète en 2016. En 2015, les ex-hôpitaux locaux reconnus hôpitaux de proximité feront l'objet d'un dispositif transitoire, les autres hôpitaux de proximité resteront financés selon leurs modalités de financement en vigueur, soit en tarification à l'activité.

Article 38

- ① I. – Après l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1435-4-3. – I. –* Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire sur la base duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maternité ou de paternité sans bénéficier de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code.
- ③ « Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat qui ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois :
- ④ « 1° À respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ;
- ⑤ « 2° À exercer une activité médicale libérale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;
- ⑥ « 3° À se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ;
- ⑦ « 4° À ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code.
- ⑧ « II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins.

- ⑨ « III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article et notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels. »
- ⑩ II. – Un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire ne peut être conclu que par un médecin dont l'installation en cabinet libéral dans une zone mentionnée au 2° du I de l'article L. 1435-4-3 du code de la santé publique est postérieure au 31 décembre 2014.

Exposé des motifs

Pour lutter contre les déserts médicaux, le pacte « territoire santé » a mis en place le statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG). Ce dispositif est réservé aux jeunes médecins généralistes libéraux installés depuis moins d'un an et exerçant dans les territoires fragiles identifiés par les agences régionales de santé (ARS). Un an après sa création, le bilan du dispositif est positif : à la fin du premier semestre 2014, 200 PTMG sont répartis sur le territoire et 200 nouvelles installations sont prévues d'ici la fin de l'année.

Les premiers retours des professionnels, ARS et organismes d'assurance maladie montrent qu'un élément fort d'attractivité du dispositif réside dans les avantages accordés en cas de congé maternité : un revenu minimum est en effet garanti au PTMG par l'ARS en complément de ses indemnités journalières maternité servies par son régime d'affiliation.

Le présent article étend donc, sous la forme d'un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), l'avantage maternité des PTMG à l'ensemble des médecins, généralistes ou spécialistes, en secteur 1 ou en secteur 2, à condition qu'ils s'engagent à modérer leurs dépassements, en respectant les limites prévues dans le cadre du contrat d'accès aux soins, souhaitant s'installer et exercer en zone sous dense.

À cette occasion, l'avantage maternité est également complété par un avantage paternité. Ce dernier sera versé au même niveau que l'avantage maternité mais proratisé à la durée légale des onze jours du congé paternité, soit 1 138 € au lieu de 3 105 € dus au titre d'un mois de congé maternité.

En outre, dans le prolongement de cette mesure, le congé paternité sera également inséré au dispositif actuel des PTMG qui bénéficient aujourd'hui d'un complément de rémunération forfaitaire dans le seul cas d'un congé maternité.

L'avantage maternité/paternité sera accordé sous réserve de respecter des conditions de durée d'exercice, de zone d'activité ou d'accès aux soins. L'avantage ne pourra pas se cumuler avec le dispositif PTMG. La mise en œuvre du dispositif sera confiée aux ARS et son financement supporté par le fonds d'intervention régionale. Le dispositif sera applicable aux nouvelles installations en zones fragiles effectuées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 39

- ① À la section 2 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, après l'article L. 1435-4-3 créé par la présente loi, il est inséré un article L. 1435-4-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1435-4-4. – I. –* Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et spécialisé en médecine générale, un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de médecin généraliste. La durée du contrat, qui est fixée par ce dernier, ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois.
- ③ « Le médecin bénéficie de cette rémunération s'il satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :
- ④ « 1° Exercer dans un territoire isolé ;
- ⑤ « 2° Avoir une activité marquée par une forte saisonnalité ;
- ⑥ « 3° Avoir un revenu tiré de son activité régie par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale inférieur à un seuil fixé par rapport au revenu moyen pour la même spécialité ;
- ⑦ « 4° Respecter les tarifs opposables ;
- ⑧ « 5° Ne bénéficier ni du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code ni des mesures prévues au 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.
- ⑨ « II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions de prévention, des actions destinées à favoriser l'accès aux soins, la continuité de la coordination des soins ou la permanence des soins, ainsi que sur des actions de collaboration auprès

d'autres médecins et de formation en faveur d'étudiants ou d'internes en médecine comme de professionnels non médicaux.

- ⑩ « III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les critères caractérisant le territoire isolé, liés à sa situation géographique et à la densité de population des zones dans lesquelles exercent les médecins qui y sont installés, ainsi que le seuil de revenu mentionné au 3° du I. »

Exposé des motifs

Le Pacte Territoire Santé vise à améliorer de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, notamment en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé dans des zones géographiques spécifiques.

Certains territoires sont en effet relativement isolés des infrastructures sanitaires de la région, alors même qu'ils sont très fréquentés durant une partie de l'année par des populations saisonnières et des touristes. La rémunération des médecins libéraux ne tient pas compte de l'ensemble des contraintes de l'exercice sur ces territoires, liées à des frais fixes parfois importants pour une patientèle régulière qui peut être faible, ce qui peut se traduire par de moindres rémunérations afférentes au rôle de médecin traitant.

Afin d'inciter à l'exercice dans ces territoires isolés, il est proposé de créer un contrat permettant le versement d'une rémunération complémentaire par les agences régionales de santé à des médecins respectant un certain nombre de conditions : niveau de revenus du médecin inférieur à un seuil, respect des tarifs opposables. L'aide ne pourra être cumulée avec le dispositif de praticien territorial de médecine générale, ni avec les aides démographiques prévues par voie conventionnelle.

Le contrat est assorti d'engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions en termes d'amélioration de l'accès aux soins, des actions de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins, ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins et de formation pour les personnels médicaux étudiants et internes, comme non médicaux.

Article 40

- ① I. – Le chapitre II du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

- ② 1° Au neuvième alinéa de l'article L. 1432-3, les mots : « le budget » sont remplacés par les mots : « le budget et le budget annexe » et les mots : « le rejeter » sont remplacés par les mots : « les rejeter » ;
- ③ 2° L'article L. 1432-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Un budget annexe régi par les mêmes dispositions est établi pour la gestion des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8, qui sont délégués à l'agence. » ;
- ⑤ 3° À l'article L. 1432-6, il est inséré, après le sixième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « 6° Des crédits délégués par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. »
- ⑦ II. – La section 5 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ⑧ 1° Les neuf premiers alinéas de l'article L. 1435-8 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :
- ⑨ « Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :
- ⑩ « 1° À la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes et des pertes d'autonomie ;
- ⑪ « 2° À l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- ⑫ « 3° À la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- ⑬ « 4° À l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- ⑭ « 5° Au développement de la démocratie sanitaire. » ;
- ⑮ 2° Au septième alinéa de l'article L. 1435-9, après les mots : « des maladies », sont insérés les mots : « , des traumatismes » et au huitième alinéa du même article, les mots : « des handicaps et de la perte » sont remplacés par les mots : « des pertes d'autonomie » ;

- ⑯ 3° Les trois derniers alinéas de l'article L. 1435-10 sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑰ « Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont gérés dans le cadre des budgets annexes prévus à l'article L. 1432-5. Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé peut être confié, par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé.
- ⑱ « Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant dans la limite d'un plafond. Les crédits non consommés, qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant en raison de ce plafonnement, peuvent être reversés à l'État, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans des conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.
- ⑲ « En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes dans des conditions fixées par décret. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. »
- ⑳ III. – Les dispositions du I et du 2° du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objectif de renforcer et simplifier le fonctionnement du fonds d'intervention régional (FIR).

Tout d'abord, il étend ses missions à la démocratie en santé et à l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales, les personnels des établissements de santé pouvant d'ores et déjà être bénéficiaires du fonds.

À cette occasion, il restructure les missions du fonds autour de quatre axes, en vue d'en améliorer la lisibilité et les modalités de suivi budgétaire et de les inscrire pleinement dans le cadre de la Stratégie nationale de santé : prévention, amélioration de la qualité et coordination de l'offre de soins, permanence des soins et répartition territoriale des structures et professionnels, efficience des organisations et conditions de travail de leurs personnels. Par ailleurs, il simplifie les modalités de gestion du fonds en confiant aux agences régionales de santé (ARS), investies de la gestion budgétaire et comptable du fonds, l'ensemble des paiements relatifs au FIR à l'exclusion de ceux directement versés aux professionnels de santé, les organismes d'assurance maladie étant dans ce dernier cas les plus à même à en assurer le versement. Ces nouvelles modalités de gestion permettront aux ARS, en cas de non consommation intégrale des crédits sur un exercice, de reporter sur l'exercice suivant une partie des crédits non consommés dans la limite d'un plafonnement conformément à la vocation du fonds de gérer des projets de manière pluriannuelle.

Cet article vise ainsi à conforter le principal levier des ARS en matière de financement que constitue le FIR pour soutenir les actions de transformation du système de santé au bénéfice de ses acteurs. Le nouveau dispositif entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016 en vue de poursuivre la préparation des modalités de déploiement en 2015.

Article 41

- ① Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :
- ③ a) Après les mots : « les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation », sont insérés les mots : « des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8, » ;
- ④ b) Après les mots : « en raison notamment », sont insérés les mots : « de l'amélioration du service attendu de l'acte, » ;
- ⑤ 2° L'article L. 162-1-7-1 est ainsi modifié :

- ⑥ a) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑦ « L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, les motifs de l'absence de décision d'inscription :
- ⑧ « 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ;
- ⑨ « 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;
- ⑩ « 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptible d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie.
- ⑪ « L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé. » ;
- ⑫ b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Les actes mentionnés au 3° du présent article demeurent pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;
- ⑭ c) Au troisième alinéa, les mots : « l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé » ;

- ⑮ 3° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :
- ⑯ a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑰ « En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au cinquième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1°, 2° ou 3° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.
- ⑱ « L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 162-1-7-1 est évalué par la Haute Autorité de santé. » ;
- ⑲ b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑳ « Dans le cas prévu au 3°, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;
- ㉑ c) Au dernier alinéa, les mots : « de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « des critères mentionnés aux 1° à 3° » ;
- ㉒ 4° La première phrase de l'article L. 165-1-1 est ainsi rédigée :
- ㉓ « Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant présentant un impact clinique ou médico-économique majeur peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale par l'assurance maladie conditionnée à la réalisation d'une étude comparative clinique et médico-économique. »

Exposé des motifs

Le financement des technologies de santé innovantes présente plusieurs imperfections, auxquelles il est progressivement remédié. Le Conseil d'analyse économique, puis les travaux conduits dans le cadre du contrat de filière des industries et technologies de santé, ont permis d'identifier plusieurs d'entre elles, que les présentes dispositions visent à corriger.

C'est pourquoi le présent article complète le dispositif d'inscription accélérée au remboursement des actes innovants, créé par l'article 52 de la LFSS pour 2014, afin de couvrir deux types d'actes :

– les actes pratiqués en établissement de santé et ne présentant pas de bénéfice clinique, mais ayant un impact médico-économique ou sur les dépenses de l'assurance maladie important ;

– les actes pour lesquels des expérimentations ont permis d'évaluer un niveau pertinent de tarification ainsi que le bénéfice clinique et/ou un bénéfice médico-économique.

Les missions d'évaluation médico-économique de la Haute Autorité de santé sont complétées en conséquence.

Enfin, l'article précise les conditions d'usage du « forfait innovation », en vue de rendre les conditions d'accès à ce forfait plus exigeantes en termes de données scientifiques. Cet aménagement vise à prendre en compte l'expérience issue de la première mise en œuvre de ce dispositif au cours de l'exercice 2014.

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

- ① Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-1-17 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *Art. L. 162-1-17.* – En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après

avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé.

- ④ « La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :
- ⑤ « 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- ⑥ « 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- ⑦ « 3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- ⑧ « 4° Une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.
- ⑨ « Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière dans les conditions prévues au cinquième alinéa du II de l'article L. 162-30-3.
- ⑩ « Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités. » ;
- ⑪ 2° Après l'article L. 162-30-2, il est inséré un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :

- ⑫ « Art. L. 162-30-3. – I. – L’agence régionale de santé élabore un plan d’actions pluriannuel régional d’amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d’actions prioritaires en matière d’amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l’article L. 182-2-1-1.
- ⑬ « Ce plan d’actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l’objet du contrat d’amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l’objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l’article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d’actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l’établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable.
- ⑭ « Le plan d’actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l’article L. 1434-14 du code de la santé publique.
- ⑮ « II. – Le directeur de l’agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d’actions défini au I et l’organisme local d’assurance maladie un contrat d’amélioration de la pertinence des soins, d’une durée maximale de deux ans.
- ⑯ « Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d’amélioration de la pertinence des soins.
- ⑰ « Le contrat comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l’agence régionale de santé, conjointement avec l’organisme local d’assurance maladie, procède à l’une des constatations suivantes :
- ⑱ « 1° Soit un écart significatif entre le nombre d’actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l’établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- ⑲ « 2° Soit une proportion élevée d’actes, prestations ou prescriptions réalisés par l’établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.
- ⑳ « La réalisation des objectifs fixés au contrat fait l’objet d’une évaluation annuelle. En cas de non réalisation de ces objectifs, le directeur

de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou prononcer une sanction pécuniaire, correspondant au versement à l'organisme local d'assurance maladie d'une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

- ⑪ « En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.
- ⑫ « III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins. »

Exposé des motifs

L'amélioration de la pertinence des soins est un enjeu fort pour la qualité de notre système de soins et l'efficacité des dépenses de santé. Les démarches menées en ce sens doivent désormais être intensifiées et rassemblées dans une politique plus globale s'appuyant sur des objectifs précis.

Cette évolution passe par un renforcement du pilotage par les agences régionales de santé (ARS) de la pertinence des soins dispensés en établissements de santé et par la mise à disposition d'outils gradués pour le mettre en œuvre.

La mesure proposée prévoit la mise en œuvre d'une contractualisation tripartite entre l'établissement de santé, l'ARS et l'assurance maladie autour d'objectifs d'amélioration de la pertinence des soins. Deux types d'objectifs peuvent être contractualisés, en fonction des thématiques concernées et du niveau de ciblage de l'établissement de santé au regard des enjeux de pertinence :

– des objectifs d’amélioration de la pertinence des soins, définis sur la base d’indicateurs de processus, destinés à être contractualisés avec un nombre relativement large d’établissements ciblés au niveau régional ;

– des objectifs de maîtrise du nombre des prescriptions, actes ou séjours non pertinents pour des établissements présentant des écarts importants avec les moyennes nationales ou régionales pour une activité comparable ou des pratiques non conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

La mesure propose également une refonte du dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) pour les établissements de santé afin de l’adapter aux enjeux de la pertinence des soins et de l’insérer dans la démarche régionale portée par l’ARS en lien avec l’assurance maladie.

Article 43

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le premier alinéa de l’article L. 165-1, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :
- ③ « L’inscription sur la liste mentionnée à l’alinéa précédent des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d’une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L’inscription de ces produits sur la liste prend la forme d’une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l’agence précitée.
- ④ « La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées à l’alinéa précédent est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d’État compte tenu de l’intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l’assurance maladie. » ;
- ⑤ 2° Au deuxième alinéa de l’article L. 165-2, après les mots : « inscrits par description générique », sont insérés les mots : « ou par description générique renforcée » ;

- ⑥ 3° Au second alinéa du I de l'article L. 165-3, après les mots : « inscrits par description générique », sont insérés les mots : « ou par description générique renforcée ».
- ⑦ II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux produits qui répondent aux descriptions génériques particulières prévues par les dispositions de l'article L. 165-1 introduites par la présente loi à compter de leur entrée en vigueur et qui font l'objet à compter de cette date d'une inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Elles s'appliquent également, à compter de la même date et dans des conditions prévues par le décret en Conseil d'État mentionné au troisième alinéa de ce même article, aux produits qui répondent aux descriptions génériques particulières précitées et qui sont inscrits sur ladite liste.

Exposé des motifs

L'inscription des dispositifs médicaux (DM) sur la liste des produits et prestations (LPP) permet leur prise en charge par l'assurance maladie. Cette inscription peut se faire selon deux modalités : en nom de marque, lorsque le produit est innovant ou qu'il nécessite un suivi particulier, et en ligne générique en règle générale. Dans ce dernier cas, le fabricant de DM qui a obtenu son marquage « CE » appose lui-même sur son produit un code LPP correspondant à la ligne générique à laquelle il estime que son produit appartient.

Ce principe d'auto-inscription ne permet pas de vérifier la conformité des dispositifs médicaux aux spécifications techniques et aux conditions particulières mentionnées dans le cadre de la LPP, alors même que l'apposition du code LPP lui garantit sa prise en charge par l'assurance maladie. Les problèmes sanitaires posés récemment par certains dispositifs médicaux implantables non conformes ont montré la nécessité d'un renforcement de la traçabilité et du contrôle, qui permettraient en outre de vérifier la bonne imputation d'un produit à une ligne générique et éviter ainsi certaines prises en charge injustifiées par l'assurance maladie.

La mesure proposée vise ainsi à renforcer, pour un certain nombre de DM dont la liste sera fixée par arrêté, la modalité d'inscription sur la LPP en créant une « description générique renforcée ». Cette modalité d'inscription nouvelle permettra d'identifier individuellement les DM pris en charge par l'assurance maladie (code individuel, à l'instar de ce qui existe pour les inscriptions en nom de marque) pour lesquels la performance est prévisible et qui ne nécessitent pas d'évaluation clinique spécifique par la Haute Autorité de santé. Le tarif de prise en charge

appliqué sera le tarif de prise en charge de la ligne générique correspondante. Il en serait de même pour le prix limite de vente, le cas échéant, qui serait celui de la ligne générique.

Article 44

- ① I. – Après l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-22-7-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 162-22-7-2.* – Les tarifs nationaux mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-22-10 applicable aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 répondant aux conditions définies au deuxième alinéa du présent article, sont minorés d'un montant forfaitaire, lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus de cette prestation. Ce montant forfaitaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ④ « La minoration forfaitaire s'applique aux prestations d'hospitalisation, pour lesquelles la fréquence de prescription de spécialités pharmaceutiques de la liste précitée est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et lorsque ces spécialités pharmaceutiques représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur cette même liste.
- ⑤ « La liste des prestations d'hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑥ « Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients. »
- ⑦ II. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} mars 2015.

Exposé des motifs

Les produits de santé inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 (liste en sus) peuvent donner lieu à des pratiques de prescription très hétérogènes, traduisant de fortes disparités dans le bon usage et la pertinence des prescriptions, bien que les pouvoirs publics aient mis en place et poursuivent des actions sur la promotion et la diffusion du bon usage du médicament.

Or les dépenses des produits de santé inscrits sur la liste en sus demeurent à un niveau très élevé et croissent de manière très dynamique. Par ailleurs, il a également été constaté que des spécialités de la liste en sus prescrites en dehors des indications de leur autorisation de mise sur le marché (AMM), donc en dehors du périmètre remboursable, sont facturées et indûment prises en charge sur cette liste en sus, notamment lorsque la mention obligatoire « hors AMM » est omise lors de la prescription.

Afin de garantir que cette liste répond bien à son objet, c'est-à-dire permettre aux patients dont l'état le nécessite le recours à de réelles innovations, et afin de s'assurer du bon usage de ces produits, il convient aujourd'hui de mobiliser l'outil tarifaire pour inciter au respect des bonnes pratiques et à la pertinence des prescriptions, en créant une incitation financière positive à la prescription des alternatives thérapeutiques prises en charge dans les tarifs d'hospitalisation dès lors qu'elles ne sont pas moins efficaces.

À cette fin, il est créé un forfait à la charge des établissements de santé pour les prescriptions dans la liste en sus d'un certain nombre de spécialités. Le rendement global de ce forfait étant réintégré dans les tarifs, la mesure est neutre pour les établissements ayant une pratique moyenne de prescription, positive pour ceux qui recourent moins à la liste en sus, et se traduit par un surcoût pour les établissements qui prescrivent plus que la moyenne dans la liste en sus. Mécaniquement, une augmentation des prescriptions dans les produits pris en charge dans les tarifs d'hospitalisation devrait en outre se traduire par une diminution des prescriptions de produits de la liste en sus, pris en charge à tort, car hors AMM.

Article 45

- ① L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis, lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné, sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs

Au cours des dix dernières années, les dépenses de transports ont progressé beaucoup plus vite que les autres postes de dépenses qui composent l'ONDAM : +63 % entre 2001 et 2010 contre +39,4 % toutes dépenses confondues entrant dans le périmètre de l'ONDAM.

La part des transports réalisée par des taxis ne cesse de croître (+8 % en moyenne par an) et représente désormais près de 40 % de la dépense globale de transports, sans qu'aucune mesure de régulation de l'offre de prestations de transports assis de patients réalisées par les taxis n'existe.

Afin de contenir l'augmentation des dépenses d'assurance maladie affectées au transport de patient, il est nécessaire de mieux maîtriser l'offre de taxis conventionnés pour effectuer du transport de malades.

En application du présent article, les demandes de conventionnement avec l'assurance maladie pourront désormais être refusées, lorsque le nombre de véhicules de taxis faisant déjà l'objet d'une convention pour le territoire concerné excèdera un seuil fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la base de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients.

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

Article 46

- ① L'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I » ;
- ③ 2° L'article est complété par un II ainsi rédigé :
- ④ « II. – Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, au prix de cession fixé en application du deuxième alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté

conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée. »

Exposé des motifs

Le remboursement des médicaments inscrits sur la liste des médicaments utilisés en ambulatoire mais délivrés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé (liste « rétrocession ») se fait sur la base du prix de cession (majoré de la TVA et de la marge rétrocession) publié par le Comité économique des produits de santé et ce, quel que soit le prix d'achat réel du médicament par les établissements de santé. Aussi, aujourd'hui, si le prix d'achat négocié par les établissements auprès de l'exploitant est inférieur au prix publié, l'assurance maladie rembourse une dépense qui, pour partie, n'a pas été engagée par l'établissement.

La présente mesure a pour objet, en étendant aux produits de la liste « rétrocession » un mécanisme d'intéressement analogue à celui qui existe pour les produits de la liste en sus, de maintenir un dispositif d'incitation à la négociation des prix d'achat les plus bas pour les établissements de santé tout en faisant bénéficier l'assurance maladie d'une partie des gains réalisés par les établissements de santé par cette négociation des prix. Ce mécanisme conduit à rapprocher la prise en charge par l'assurance maladie du prix réel d'achat par les établissements tout en permettant à ces derniers de conserver à leur bénéfice une partie significative de l'écart entre prix d'achat et tarif de remboursement.

①

Article 47

②

I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③

A. – Le I de l'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

④

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

⑤

a) La première phrase est ainsi modifiée :

⑥

– les mots : « est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé » sont remplacés par les mots : « est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé » ;

- ⑦ – elle est complétée par les mots : « au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d’inscription de l’entreprise sur la liste mentionnée à l’article L. 162-22-7 ou, en cas d’inscription sur cette même liste à l’initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l’avis de la commission mentionnée à l’article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. » ;
- ⑧ *b)* La deuxième phrase est remplacée par la phrase suivante :
- ⑨ « À défaut d’accord conventionnel au terme des délais mentionnés ci-dessus, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivants. » ;
- ⑩ *c)* À la troisième phrase, les mots : « à la décision du » sont remplacés par les mots : « au tarif publié par le » et le mot : « décision » est remplacé par le mot : « publication » ;
- ⑪ 2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :
- ⑫ *a)* Les mots : « à cet effet » sont supprimés ;
- ⑬ *b)* Les mots : « la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l’opposition du comité, » sont remplacés par le mot : « notamment » ;
- ⑭ *c)* Le mot : « prix » est remplacé par le mot : « tarif ».
- ⑮ B. – Au premier alinéa du I de l’article L. 162-22-7, après les mots : « l’État fixe », sont insérés les mots : « sur demande du titulaire de l’autorisation de mise sur le marché ou à l’initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ».
- ⑯ C. – L’article L. 165-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑰ « La publication du tarif des produits ou prestations mentionnées à l’article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d’inscription de l’entreprise sur la liste mentionnée à l’article L. 162-22-7 ou, en cas d’inscription sur cette même liste à l’initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l’avis de la commission mentionnée à l’article L. 165-1 a été rendu public. »

II. – Les dispositions du présent article s’appliquent à la prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l’article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels le dernier avis de la commission mentionnée à l’article L. 5123-3 du code de la santé publique ou de la commission mentionnée à l’article L. 165-1 du code de la sécurité sociale a été rendu public postérieurement au 1^{er} janvier 2015. La prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l’article L. 162-22-7 précité, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels les avis mentionnés au précédent alinéa ont été rendus publics avant le 1^{er} janvier 2015 demeure régie par les dispositions législatives dans leur rédaction en vigueur avant cette date.

Exposé des motifs

Cette mesure vise à modifier les modalités de fixation du tarif des médicaments facturables en sus des prestations d’hospitalisation.

Aujourd’hui, le délai de fixation du tarif court à compter de la date d’inscription des produits sur la « liste en sus ». Or la condition d’une inscription en sus préalable aux négociations tarifaires tend de facto à allonger les délais d’accès au traitement pour les patients. Aussi, afin de remédier à cette difficulté et d’optimiser la procédure de fixation des tarifs, il est proposé de faire courir ce délai à compter de la demande d’inscription sur la liste en sus. La durée du délai est fixée de façon à permettre, d’une part, d’instruire la demande d’inscription et, d’autre part, de procéder aux négociations tarifaires. Cette mesure a donc pour objectif d’écarter les risques d’insécurité juridique pour le laboratoire et une éventuelle perte de chance pour les patients.

CHAPITRE VI

Amélioration de l’efficience de la dépense des établissements de santé

Article 48

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l’article L. 162-22-2, il est inséré un article L. 162-22-2-1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 162-22-2-1. – I. –* Lors de la détermination annuelle de l’objectif mentionné au I de l’article L. 162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la

sécurité sociale, à la constitution d'une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cette part peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

- ④ « II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé mentionnés au *d* et au *e* de l'article L. 162-22-6, tout ou partie de la dotation mise en réserve en application du I, en fonction des montants versés par l'assurance maladie à chacun de ces établissements au titre de l'année pour laquelle l'objectif a été fixé.
- ⑤ « La part de la dotation ainsi versée peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.
- ⑥ « III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ 2° Au 1° du I de l'article L. 162-22-3, après les mots : « l'article L. 162-22-2 », sont ajoutés les mots : « et au I de l'article L. 162-22-2-1 » ;
- ⑧ 3° Le II de l'article L. 162-22-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Ces tarifs sont établis en prenant en compte les effets de la constitution de la dotation mise en réserve en vertu du I de l'article L. 162-22-2-1. » ;
- ⑩ 4° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-9-1, ».

Exposé des motifs

Afin d'assurer le respect de l'ONDAM, un mécanisme de réserve prudentielle a été mis en place sur une large partie des financements des établissements de santé, à travers la mise en place de gels prudentiels sur les tarifs des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et sur les dépenses sous enveloppe fermée (dotations annuelles de fonctionnement et missions d'intérêt général et aides à la contractualisation).

De ce fait, ce dispositif ne s'applique pas au secteur des établissements de santé privés à but lucratif et à but non lucratif, conventionnés avec l'assurance maladie ayant une activité en soins de suite et réadaptation ou en psychiatrie et relevant de l'objectif quantifié national (OQN).

C'est pourquoi il apparaît aujourd'hui indispensable de le faire participer au respect de l'ONDAM en introduisant un mécanisme de régulation de cette enveloppe ouverte et particulièrement dynamique.

La mesure proposée vise donc à étendre le mécanisme de réserve prudentielle à ces activités.

Le montant mis en réserve sera fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et pourra être différencié entre les deux secteurs relevant de l'OQN (activités de soins de psychiatrie et activités de soins de suite et de réadaptation).

En cas de respect de l'ONDAM et après avis du comité d'alerte, tout ou partie du montant ainsi gagé pourra être reversé aux établissements de santé concernés. Ainsi, c'est seulement lorsque le risque de dépassement de l'ONDAM est écarté et à la suite de l'avis du comité d'alerte, que la décision de versement des crédits peut intervenir.

L'article proposé vise également à inclure pleinement les hôpitaux du service de santé des armées dans le régime de régulation introduit dès 2013 pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Article 49

- ① I. – À l'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « au titre des articles L. 251-1 et L. 254-1 », sont insérés les mots : « dans le délai mentionné à l'article L. 253-3 ».
- ② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° L'article L. 162-22-11 est ainsi modifié :
- ④ a) Après les mots : « l'aide médicale de l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;
- ⑤ b) Les mots : « de l'article L. 251-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 » ;
- ⑥ 2° Le premier alinéa de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Après les mots : « l'aide médicale de l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;

- ⑧ b) Les mots : « de l'article L. 251-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 ».
- ⑨ III. – Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :
- ⑩ 1° Après les mots : « l'aide médicale de l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;
- ⑪ 2° Les mots : « de l'article L. 251-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 ».
- ⑫ IV. – Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015. Pour les prestations réalisées antérieurement à cette date, le délai dans lequel les demandes en paiement doivent être présentées sous peine de forclusion continue de courir jusqu'au terme prévu en application de l'article L. 2224 du code civil, sans pouvoir excéder le 31 décembre 2016.

Exposé des motifs

Les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour recueillir le bénéfice de l'aide médicale d'État (AME) peuvent relever du dispositif des soins urgents s'ils nécessitent des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

Les règles de tarification et de facturation de ces soins sont actuellement dérogatoires du droit commun, ce qui conduit à des coûts majorés pour l'assurance maladie et complique le suivi de cette dépense et la compréhension de ses déterminants, pourtant indispensables à un pilotage efficient de ce dispositif.

La mesure proposée consiste, d'une part, à rapprocher du droit commun les règles de tarification des soins urgents, en passant de l'application des tarifs journaliers de prestation à celle des tarifs nationaux utilisés dans le cadre de la tarification à l'activité et, d'autre part, à aligner le délai de facturation des soins urgents sur celui de l'aide médicale d'État.

Cette mesure rapproche donc ce dispositif du droit commun et devrait permettre de renforcer le pilotage de la dépense afférente aux soins urgents, sans réduire pour autant l'accès à ces soins vitaux pour les populations concernées.

CHAPITRE VII

Autres mesures

Article 50

- ① I. – La section 1 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1142-3-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1142-3-1.* – I. – Le dispositif de réparation des préjudices des patients au titre de la solidarité nationale mentionné au II de l'article L. 1142-1, à l'article L. 1142-1-1 et à l'article L. 1142-15 n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi.
- ③ « II. – Toutefois, le recours aux commissions mentionnées à l'article L. 1142-5 exerçant dans le cadre de leur mission de conciliation reste ouvert aux patients ayant subi des dommages résultant des actes mentionnés au I. »
- ④ II. – Le présent article s'applique aux demandes d'indemnisation postérieures au 31 décembre 2014.

Exposé des motifs

Dans un arrêt récent, la Cour de cassation a considéré que les actes de chirurgie esthétique, quand ils étaient réalisés dans les conditions prévues aux articles L. 6322-1 et L. 6322-2 du code de la santé publique, ainsi que les actes qui leur sont préparatoires, constituaient des actes de soins au sens de l'article L. 1142-1 et suivants du même code, susceptibles ainsi de relever de l'intervention de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), qui se caractérise notamment par une possibilité de prise en charge subsidiaire par la solidarité nationale.

Le présent article modifie les dispositions relatives à l'indemnisation des accidents médicaux par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux afin d'exclure du champ de cette indemnisation les dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice. Les personnes victimes de dommages imputables à ces actes pourront toutefois solliciter l'intervention des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux en

tant qu'elles siègent en formation de conciliation, afin de favoriser le règlement amiable de leur litige avec le responsable du dommage. Elles pourront également se voir indemnisées dans le cadre des dispositifs de droit commun de réparation en responsabilité civile.

L'intervention de l'ONIAM est donc maintenue pour les actes de chirurgie esthétique à visée réparatrice (à titre d'exemple, pour une mastectomie faisant suite à un cancer).

Article 51

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1221-8 est ainsi modifié :
- ③ a) Au 1°, après le mot : « plasma », sont ajoutés les mots : « dans la production duquel n'intervient pas un processus industriel, quelle que soit sa finalité » ;
- ④ b) Après le 2°, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :
- ⑥ « 2° *bis* Du plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, régi par les dispositions du livre I^{er} de la cinquième partie ; »
- ⑦ c) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑧ « 3° Des médicaments issus du fractionnement du plasma régis par les dispositions du livre I^{er} de la cinquième partie ; »
- ⑨ 2° Le premier alinéa de l'article L. 1221-9 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑩ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs :
- ⑪ « a) De cession des produits sanguins labiles à l'exception des plasmas à finalité transfusionnelle ;
- ⑫ « b) De conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas à finalité transfusionnelle relevant du 1° ou du 2° *bis* de l'article L. 1221-8 par les établissements de transfusion sanguine. » ;
- ⑬ 3° L'article L. 1221-10 est ainsi modifié :

- ⑭ a) Le premier alinéa est précédé de la référence : « I » ;
- ⑮ b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ⑯ « II. – Par dérogation aux dispositions des articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans des conditions définies par décret. » ;
- ⑰ 4° À L'article L. 1221-10-2, après les mots : « produits sanguins labiles », sont ajoutés les mots : « et les plasmas mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 » ;
- ⑱ 5° L'article L. 1221-13 est ainsi modifié :
- ⑲ a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « produits sanguins labiles », sont ajoutés les mots : « et de plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8, ce dernier produit demeurant également soumis aux articles L. 5121-22 et suivants. » ;
- ⑳ b) Au dernier alinéa, après les mots : « produits sanguins labiles », sont insérés les mots : « et du plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 » ;
- ㉑ 6° L'article L. 1222-8 est ainsi modifié :
- ㉒ a) Au 1°, les mots : « de la cession des » sont remplacés par les mots : « des activités liées aux » ;
- ㉓ b) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- ㉔ « 1° *bis* Les produits des activités liées au plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 ; »
- ㉕ 7° Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1223-1, il est inséré une phrase ainsi rédigée :
- ㉖ « Ces établissements conservent en vue de leur délivrance et délivrent les plasmas mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 dans les conditions fixées au II de l'article L. 1221-10. » ;
- ㉗ 8° L'article L. 5121-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :

- 28 « 18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang et de ses composants. Ils sont soumis aux dispositions du présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :
- 29 « a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;
- 30 « b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel. » ;
- 31 9° L'article L. 5121-3 est abrogé ;
- 32 10° Après l'article L. 5126-5-1, il est inséré un article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :
- 33 « *Art. L. 5126-5-2. – I. –* Par dérogation aux dispositions des articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des médicaments définis au *b* du 18° de l'article L. 5121-1 sont effectuées, soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans les conditions mentionnées au II de l'article L. 1221-10.
- 34 « II. – Tout contrat d'achat de plasmas à finalité transfusionnelle mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 conclu entre un établissement pharmaceutique et un établissement de santé doit comporter, à peine de nullité, des clauses permettant de mettre en œuvre et respecter les obligations de conservation en vue de la délivrance et de délivrance mentionnées au I. »

Exposé des motifs

La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a requalifié en médicament dérivé du sang (MDS) le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel (ci-après « plasma industriel »).

La mesure proposée vise à mettre le droit français en conformité avec la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, tout en évitant de fragiliser l'organisation du système de délivrance de ce type de plasma en France.

Il est d'abord procédé à une redéfinition du champ des médicaments dérivés du sang, pour y inclure, conformément à l'arrêt de la CJUE, le plasma industriel.

L'article introduit ensuite une dérogation au circuit pharmaceutique pour le plasma industriel, afin de préserver un circuit unique de conservation et de délivrance (produit délivré pour un patient donné) de l'ensemble des produits sanguins transfusionnels, de manière à garantir la sécurité sanitaire.

Pour ces mêmes motifs de sécurité sanitaire, l'article soumet le plasma industriel, désormais classé en tant que médicament mais ayant une finalité strictement transfusionnelle, à un double circuit de pharmacovigilance et d'hémovigilance.

Enfin, la fixation administrative des prix des produits sanguins est adaptée, en ce qui concerne le plasma à finalité transfusionnelle, au regard du nouveau contexte concurrentiel de ce composant sanguin. Dans le même temps, pour permettre une mise en concurrence effective pour l'ensemble des plasmas, qu'ils soient classés en tant que produits sanguins labiles ou médicaments dérivés du sang, l'article prévoit une facturation spécifique et différenciée pour l'activité de conservation et de délivrance de ces produits. Par cohérence, les recettes de l'Établissement français du sang sont modifiées pour prendre en compte les activités de conservation et de délivrance du plasma à finalité transfusionnelle.

Article 52

- ① Le chapitre I^{er} du titre VI du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 361-1, les mots : « multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 » sont remplacés par les mots : « montant forfaitaire déterminé par décret » ;
- ③ 2° L'article L. 361-2 est abrogé.

Exposé des motifs

Le capital décès étant déterminé en fonction des salaires du défunt, le dispositif ne permet pas de répondre de manière satisfaisante, pour les assurés les plus précaires, à l'objectif de permettre aux proches de faire face aux frais immédiats occasionnés par le décès, notamment les frais d'obsèques. À l'inverse, la protection complémentaire en matière de décès obligatoire pour les cadres et le développement des accords de branche ou d'entreprise couvrant le risque décès font du capital de base une prestation subsidiaire en terme de montant pour une majorité de salariés, notamment parmi ceux les mieux rémunérés.

La présente mesure propose donc de réformer le capital décès en forfaitisant son montant de manière à garantir plus d'équité entre les assurés.

Article 53

- ① I. – 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 mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 280,6 millions d'euros pour l'année 2015.
- ② II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 115 millions d'euros pour l'année 2015.
- ③ III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique est fixé à 15,257 millions d'euros pour l'année 2015.
- ④ IV. – 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 accompagnements des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 103,17 millions d'euros pour l'année 2015.
- ⑤ V. – Au dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « , pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, » sont supprimés et les mots : « 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. » sont remplacés par les mots : « les fractions du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. »

Exposé des motifs

I. – Le FMESPP est financé par une dotation annuelle des régimes d'assurance maladie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2015, il est proposé que cette dotation s'élevé à 280,6 M€.

II. – Il est proposé de fixer à 115 M€ la dotation pour 2015 de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

En effet, les dépenses pour 2015 à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 145,8 M€ (dont 120 M€ au titre des indemnités). Les autres produits de l'office hors dotation de l'État sont estimés pour 2015 à 12,1 M€. Sur ces bases le résultat cumulé fin 2015 s'établirait à 20,4 M€, ce qui assure à l'office une réserve prudentielle suffisante.

III. – Il est proposé de fixer à 15,257 M€ la dotation pour 2015 de l'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, au titre de ses missions d'acquisition, de fabrication, d'importation, de stockage et de distribution des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Cette dotation maintient, sur la période 2013-2015, un financement paritaire de l'établissement public par l'État et l'assurance maladie pour l'exercice de cette mission.

IV. – Il est proposé de fixer à 103,17 M€ le montant des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des agences régionales de santé (ARS) pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, financées sur la recette de CSA affectée à la section 1 du budget de la caisse, conformément à ce que prévoit l'article L. 1432-6 du code de la santé publique. À titre indicatif, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a fixé à 91,37 M€ le montant de cette contribution pour l'exercice en cours.

V. – La mesure clarifie également le financement des dotations allouées par la CNSA à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en imputant sur une partie de la ressource de la contribution sociale pour l'autonomie affectée à la section 1 du budget de la CNSA et non sur les crédits de l'ONDAM médico-social compris dans l'objectif général de dépenses (OGD), afin de mettre fin à une contradiction des textes en vigueur.

Article 54

- ① Pour l'année 2015, 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 198,0 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 173,6 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses des branches maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale est fixé à 198,0 milliards d'euros pour l'année 2015. Il sera supérieur de 4,2 milliards d'euros aux prévisions de dépenses pour 2014, ce qui correspond à une progression de 2 %. Pour le régime général, les dépenses augmentent de 4,9 milliards d'euros par rapport à 2014.

Ce taux d'évolution résulte d'un ONDAM en augmentation de 2,1 % pour 2015, qui permettra de préserver le niveau des prises en charge et d'investir en faveur de la santé des Français dans le cadre d'une évolution des dépenses maîtrisée.

Article 55

- ① Pour l'année 2015, 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	83,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	20,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,6
Total	182,3

Exposé des motifs

Le taux d'évolution de l'ONDAM, par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l'année 2014, est fixé à +2,1 %, conformément au cadre défini dans la stratégie globale des finances publiques qui vise un taux d'évolution de 2 % en moyenne sur la période 2015-2017, soit un effort de 10 milliards d'euros sur cette période.

À périmètre inchangé, cela représente 3,8 milliards d'euros supplémentaires consacrés en 2015 au financement des dépenses de santé des Français. Cela implique cependant un effort inédit d'économie de plus de 3 milliards d'euros par rapport à l'évolution spontanée des dépenses d'assurance maladie qui auraient évolué sinon de 3,9 % en 2015.

Le plan d'économies qui structure le déploiement de la stratégie nationale de santé s'articulera autour de 4 axes.

Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations qui pourront s'appuyer sur les nouveaux groupements hospitaliers territoriaux et des économies sur les achats hospitaliers, où des marges très importantes demeurent.

Le deuxième axe est le virage ambulatoire qui sera opéré dans les établissements hospitaliers, via en premier lieu l'accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire, ainsi que le développement de l'hospitalisation à domicile, l'amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement, l'optimisation du parcours pour certaines pathologie ou populations.

Le troisième axe concerne les produits de santé. Au-delà des mesures de maîtrise des prix, un accent particulier sera placé sur le développement des médicaments génériques afin de lever les derniers freins à une diffusion plus large, génératrice d'économies importantes.

Le dernier axe vise à améliorer la pertinence du recours à notre système de soins dans toutes ses composantes : réduction des actes inutiles ou redondants que ce soit en ville ou en établissements de santé, maîtrise du volume de prescription des médicaments et lutte contre la iatrogénie, optimisation des transports de patients.

Du fait de ce changement de périmètre, les sous-objectifs retenus en 2015 ne sont pas directement comparables à ceux de 2014. À périmètre constant, le sous-objectif soins de ville augmentera de 2,2 % et les sous-objectifs portant sur les établissements de santé progresseront au global de 2,0 %.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 56

- ① Par dérogation aux conditions prévues à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les périodes passées entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 dans les camps militaires de transit et d'hébergement par les assurés, alors qu'ils étaient âgés de 16 à 21 ans, qui sont enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives de statut civil de droit local ayant servi en Algérie qui ont fixé leur domicile en France, sont prises en compte par le régime général d'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations prévu au premier alinéa du même article, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par décret.
- ② Le nombre de trimestres d'assurance attribués en application du présent article est limité à quatre, sans que le total des trimestres acquis à ce titre et, le cas échéant, en application de l'article L. 351-14-1 précité n'excède le plafond fixé au premier alinéa de cet article.

Exposé des motifs

Depuis les accords d'Evian du 18 mars 1962, le Gouvernement français a adopté diverses mesures de réparation et de reconnaissance en faveur des rapatriés anciens membres des formations supplétives et assimilés ayant servi en Algérie, de leurs conjoints survivants et de leurs enfants.

Le Président de la République a annoncé la mise en œuvre d'un plan d'action en faveur des harkis, décliné en deux volets : un volet « reconnaissance » destiné à l'approfondissement du travail sur la mémoire des harkis dans la République et un volet « réparation », dont l'objectif est l'amélioration des aides existantes pour qu'elles répondent mieux aux besoins des harkis et de leurs descendants.

L'action n° 10 du second volet de ce plan propose de répondre spécifiquement à la situation des personnes qui, maintenues alors qu'elles étaient jeunes dans des camps de transit et de reclassement à l'issue de la guerre d'Algérie, ont eu des difficultés particulières pour accéder à la formation puis au marché du travail.

La mesure proposée prévoit d'améliorer les droits à retraite de ces assurés, en leur ouvrant la possibilité de racheter des trimestres, dans la limite de quatre, correspondant aux périodes passées dans ces camps et durant lesquelles ils n'ont pas pu se constituer de droits à retraite. Une réduction forfaitaire spécifique, compensée par l'État, sera par ailleurs appliquée au barème du rachat, afin de favoriser l'accès à ce rachat en diminuant le coût du reste à charge pour les assurés concernés.

Article 57

- ① Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 224,0 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 120,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2015 de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base augmente de 1,9 % par rapport à l'objectif 2014, pour s'établir en prévision à 224,0 milliards d'euros.

Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et notamment l'évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein. Ces mesures visent à faire face, de manière responsable, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Elles se sont accompagnées de mesure de solidarité pour les publics les plus fragiles susceptibles de connaître des carrières heurtées, à l'image des mères de famille qui ne seront plus pénalisées par les interruptions occasionnées par leur congé maternité.

En 2015, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent par ailleurs une évolution modérée, due au faible niveau de l'inflation servant de base à la revalorisation.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 58

- 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 380 millions d'euros au titre de l'année 2015.
- 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 693 millions d'euros au titre de l'année 2015.
- ③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d'euros au titre de l'année 2015.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à la branche de l'assurance maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP.

Pour 2015, le total des dépenses du FIVA est évalué à 480 M€. Compte tenu du résultat cumulé fin 2014 qui serait de -16 M€, d'une dotation de l'État de 10 M€ et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 80 M€, dont 50 M€ de reprises sur provisions), une dotation de la branche AT-MP de 380 M€ est nécessaire pour 2015

Les charges du FCAATA devraient s'élever, pour 2015, à 747 M€, soit une diminution de 4,9 % par rapport à 2014. Son résultat pour 2014 devrait s'établir à 70 M€ et le produit de la fraction des droits sur les tabacs affectée au Fonds demeurer stable (35 M€), ce qui permet d'envisager pour 2015 une dotation de 693 M€. Le résultat de 2015 (-19 M€) serait compensé par le résultat net cumulé au titre des années passées (19 M€ également).

La commission de la sous-déclaration des AT-MP s'est réunie au cours du deuxième trimestre 2014. Au terme de ses travaux, elle a évalué le montant de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 695 et 1 300 M€, soit un ordre de grandeur supérieur à celui de 2011 (587 à 1 100 M€). Au regard de cette estimation, il est proposé de fixer le montant du versement à 1 000 M€ pour 2015.

Article 59

- ① I. – L'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « Art. L. 752-5. – Bénéficiaire d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, de continuer ou de reprendre le travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle :
- ③ « 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ;
- ④ « 2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 ;
- ⑤ « 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10.
- ⑥ « Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai déterminé par décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu aux articles L. 443-1 et L. 443-2 du code de la sécurité sociale.
- ⑦ « L'indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable. »
- ⑧ II. – L'attribution d'indemnités journalières aux personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction issue de la présente loi est applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le régime accidents du travail-maladies professionnelles des non salariés agricoles mis en place en 2002 prévoit des prestations en nature et en espèces. L'ensemble des assurés bénéficient des prestations en nature. En revanche, les prestations en espèces qui se composent d'indemnités journalières et d'une rente en cas d'incapacité permanente ne sont pas attribuées de façon uniforme : ainsi, seuls les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles peuvent bénéficier d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail temporaire, ce qui exclut donc les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise et les aides familiaux du bénéfice de ces prestations.

La mesure proposée vise donc à permettre aux collaborateurs et aux aides familiaux de percevoir des indemnités journalières lorsqu'ils sont obligés d'interrompre leur activité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Article 60

- ① Pour l'année 2015, 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 13,5 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses prévisionnelles de la branche accidents du travail-maladies professionnelles s'établissent respectivement à 13,5 milliards d'euros et à 12,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général. Ces objectifs sont en très légère augmentation (300 millions d'euros) par rapport à l'exercice 2014.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

Article 61

À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « montant de la prime », sont insérés les mots : « varie selon le rang de l'enfant au sein du foyer qui en a la charge. Il ».

Exposé des motifs

Actuellement, les primes à la naissance et à l'adoption sont versées aux familles dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond. Les montants respectifs de la prime à la naissance et à l'adoption sont les mêmes pour chaque enfant, quel que soit leur rang.

L'article vise à inscrire le principe d'un montant différencié de prime en fonction du rang de l'enfant dans le foyer. Ainsi, pour une première naissance ou adoption, les montants actuels de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption seront conservés mais réduits à compter du deuxième enfant. En effet, si l'arrivée d'un premier enfant est particulièrement coûteuse pour un ménage, les dépenses réalisées pour ce premier enfant, notamment en matériel de puériculture, bénéficient aux enfants suivants.

Article 62

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 54,6 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2015 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base est en baisse de 7,6 % par rapport à l'objectif 2014 et s'établit en prévision à 54,6 milliards d'euros.

Les dépenses de la branche famille sont en effet affectées par un changement de périmètre en 2015 correspondant au transfert à la charge de l'État de la part de l'aide personnalisée au logement actuellement financée par la branche famille. Conjugué aux autres mesures d'économies, ce transfert (soit 4,8 milliards d'euros) couvrira les mesures de baisses des cotisations sociales mises en œuvre au 1^{er} janvier 2015 par la loi de

financement rectificative de la sécurité sociale du 8 août 2014 dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité.

Hormis cet effet, les trajectoires de dépenses de la branche présentent un volet d'économies à venir sur les prestations légales et extralégales de la branche famille. Ces dispositions permettront d'infléchir significativement le rythme moyen d'évolution des dépenses : il aurait été de 2 % par an en l'absence des mesures et sera ramené à 1,3 % suite aux mesures proposées et en neutralisant le transfert du financement de l'APL à l'État.

L'impact de ces mesures d'économies – rendues nécessaire par l'impératif de redressement de la branche famille – sur le niveau de vie des ménages les plus modestes sera quant à lui largement compensé par les mesures prévues dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2014 qui augmenteront le pouvoir d'achat des ménages de près d'1,3 milliards d'euros.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 63

- ① I. – Au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « Une partie, fixée par la loi de financement de sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « Une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50 %, ».
- ② II. – Les dispositions du I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016.
- ③ III. – Pour l'année 2015, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du même code 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 le régime social des indépendants.

Exposé des motifs

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend en charge chaque année 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 le régime social des indépendants (RSI).

Depuis 2012, le régime général a ainsi bénéficié chaque année de 3,4 Md€ de transfert, le régime des salariés agricoles de 0,4 Md€ et le RSI de 0,1 Md€, ces montants correspondant, d'après les données statistiques disponibles, à un peu plus de la moitié de la dépense totale des régimes au titre du minimum contributif. Pour l'année 2015, il est proposé de maintenir inchangé le niveau de ces transferts.

À partir de 2016 ce transfert sera fixé sur la base du montant effectif des dépenses au titre du minimum contributif.

Article 64

- ① Pour l'année 2015, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

②

<i>(en milliards d'euros)</i>	
	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

Exposé des motifs

La prévision de charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2015, d'un montant de 19,6 milliards d'euros, est en baisse de 1 milliard par rapport à la prévision pour 2014 (20,6 milliards d'euros).

Cette amélioration est principalement due à la baisse prévisionnelle des dépenses liée à la révision des modes de calcul du montant de la prise en charge des cotisations vieillesse des chômeurs par le Fonds. Ce transfert à la caisse nationale d'assurance vieillesse était préalablement calibré sur la base d'une durée hebdomadaire de 39 heures et non de 35 heures.

TITRE VI

DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Article 65

- ① L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :
- ③ a) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ④ « 5° Les actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents mentionnés au présent article, en application de l'article L. 114-10, visant à refuser l'accès à une information formellement sollicitée, ne pas répondre ou apporter une réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant des caisses d'allocation familiales et des caisses d'assurance retraite et de santé au travail dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête. » ;
- ⑤ b) Au sixième, devenu septième alinéa, après la phrase : « Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. », il est inséré la phrase suivante :
- ⑥ « Tout manquement réalisé en application du présent article et ayant donné lieu à une sanction devenue définitive peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement mentionné au présent article. » ;
- ⑦ 2° Au II, le mot : « dixième » est remplacé par le mot : « trentième ».

Exposé des motifs

Le présent article a pour objectif de garantir une plus grande proportionnalité des sanctions prononcées par les caisses de sécurité sociale. Il vise, d'une part, à diminuer le seuil minimal des pénalités financières et, d'autre part, à introduire des sanctions spécifiques pour le cas réitérations d'infractions ou d'obstacles à contrôle, afin d'éviter que les

organismes n'en soient réduits soit à ne retenir que de simples avertissements, soit à l'inverse à mettre en œuvre des sanctions parfois exagérément lourdes comme la suspension du service des prestations.

Ces mesures permettront de mieux tenir compte de la diversité des situations rencontrées et d'améliorer l'efficacité du contrôle.

Article 66

- ① I. – L'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 242-1-3.* – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent les informations nécessaires aux organismes mentionnés à l'article L. 215-1 afin que ces derniers procèdent à la rectification des droits des salariés concernés.
- ③ « En cas de constat de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »
- ④ II. – Après l'article L. 725-12-1 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un article L. 725-12-2 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 725-12-2.* – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par l'organisme mentionné à l'article L. 723-3 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, cet organisme procède à la rectification de leurs droits.
- ⑥ « En cas de constat de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »
- ⑦ III. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux redressements notifiés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le présent article vise à rétablir une égalité de traitement entre salariés en termes d'ouverture de droits à l'assurance vieillesse en cas de non paiement des cotisations salariales par l'employeur à l'organisme de

recouvrement. En effet, à l'heure actuelle, les salariés pouvant apporter la preuve d'un précompte sur leur rémunération bénéficient d'une alimentation de leurs droits quand bien même les cotisations dues ne sont pas versées à l'organisme de recouvrement. En revanche, les salariés d'une entreprise redressée suite à contrôle ne bénéficient pas de ces dispositions, l'alimentation étant conditionnée au paiement du redressement par l'entreprise.

Le présent article permet ainsi de ne plus conditionner la prise en compte des droits vieillesse au paiement du redressement sauf, dans le cadre de procès-verbaux de travail dissimulé, en cas de collusion entre l'employeur et le salarié.

Par ailleurs, s'agissant de l'accomplissement des déclarations modificatives, afin de simplifier la charge déclarative pour l'employeur et d'apporter au salarié la garantie de la réalité de la déclaration, le présent article propose de confier à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) la charge finale d'établir et de transmettre le document permettant à la branche vieillesse de prendre en compte les modifications à apporter au niveau des droits des salariés.

Cet article est également applicable au régime agricole.

Fait à Paris, le 8 octobre 2014.

Signé : Manuel VALLS

Par le Premier ministre :
*Le ministre des finances
et des comptes publics*
Signé : Michel SAPIN

Par le Premier ministre :
*La ministre des affaires sociales,
de la santé et des droits des femmes*
Signé : Marisol TOURAINE

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale au 31 décembre 2013 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 et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constats pour l'exercice 2013

① I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2013

②

(En milliards d'euros)

Actif	2013 (net)	2012 (net)	Passif	2013	2012
Immobilisations	7,7	6,8	Capitaux propres	-110,9	-107,2
Immobilisations non financières..	4,3	4,1	Dotations	30,9	32,8
Prêts, dépôts de garantie	2,5	1,8	Régime général	0,6	0,6
			Autres régimes	4,2	4,0
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ...	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR).....	26,0	28,1
			Réserves	10,3	9,1
			Régime général	2,6	2,5
			Autres régimes	5,5	5,7
			FRR	2,2	0,9
Avances / prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	Report à nouveau	-152,6	-145,8
			Régime général	-4,3	4,1
			Autres régimes	-3,0	-1,5
			CADES	-145,4	-148,3
			Résultat de l'exercice	-1,6	-5,9
			Régime général	-12,5	-13,3
			Autres régimes	-0,6	-1,7
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV).....	-2,9	-4,1
			CADES	12,4	11,9
			FRR	1,9	1,3
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,1	2,4
			Provisions pour risques et charges	20,4	19,9
Actif financier	55,4	57,7	Passif financier	173,4	173,9

(En milliards d'euros)

Actif	2013 (net)	2012 (net)	Passif	2013	2012
Valeurs mobilières et titres de placement	48,3	46,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	159,8	162,3
Régime général	0,5	0,0			
Autres régimes	6,9	7,3			
CADES	7,1	5,6	Régime général	20,5	16,9
FRR	33,9	33,8	CADES	139,3	145,4
Encours bancaire	6,7	10,4	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	11,2	7,4
			ACOSS (prêts CDC)	3,0	
Régime général	1,5	2,6	Régime général (ordres de paiement en attente)	4,6	4,0
Autres régimes	1,8	1,5	Autres régimes	2,6	2,3
FSV	1,0	0,8	CADES	1,0	1,0
CADES	0,2	3,0	Dépôts reçus	2,2	2,2
FRR	2,2	2,4	ACOSS	2,2	2,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,4	0,6	Autres	0,2	2,1
CADES	0,2	0,2	Autres régimes	0,1	0,1
FRR	0,2	0,3	CADES	0,1	2,0
Actif circulant	63,7	64,0	Passif circulant	43,8	42,0
Créances de prestations	7,6	7,4	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	20,0	19,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,2	9,3	Dettes à l'égard des cotisants	1,2	1,3
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	35,5	35,5			
Créances sur entités publiques	9,0	8,4	Dettes à l'égard d'entités publiques	8,7	8,5
Produits à recevoir de l'État	0,5	0,6			
Autres actifs	1,8	2,9	Autres passifs	13,8	12,4
Total de l'actif	126,8	128,5	Total du passif	126,8	128,5

- ③ Sur le champ 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 négatifs qui représentent le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 110,9 milliards d'euros au 31 décembre 2013, soit l'équivalent de 5,4 points de PIB. Ce passif net, en hausse de 3,6 milliards d'euros par rapport à 2012, tend à se stabiliser après la forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, sous le triple effet de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (16,0 milliards d'euros en 2013 contre 19,1 milliards d'euros en 2012), de l'augmentation de la capacité de remboursement de la CADES (12,4 milliards d'euros contre 11,9 milliards d'euros en 2012) et des

résultats en hausse du FRR (1,9 milliards d'euros contre 1,3 milliards d'euros en 2012).

④ Le financement de ce passif est assuré à titre principal par l'endettement financier. Son montant net, qui correspond à la différence entre les dettes financières (essentiellement portées par la CADES et l'ACOSS) et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie (essentiellement par le FRR), s'établit donc à un niveau proche du passif net de la sécurité sociale et en suit les mêmes tendances si on tient compte par ailleurs des effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des opérations courantes des régimes (écart entre les sommes à encaisser sur cotisations et les sommes à décaisser sur prestations principalement) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. L'endettement financier net de la sécurité sociale a donc également évolué à un rythme ralenti par rapport aux années récentes et s'établit à 118,0 milliards d'euros au 31 décembre 2013, après 116,2 milliards d'euros à fin 2012.

⑤ Évolution du passif net et de l'endettement financier net de la sécurité sociale depuis 2009

⑥

	2009	2010	2011	2012	2013
Passif net au 31/12 (capitaux propres)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9
<i>variation N-1/N</i>	-	-20,8	-13,5	-6,6	-3,6
Endettement financier net	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0
<i>variation N-1/N</i>	-	-19,7	-15,2	-5,0	-1,8

⑦ L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

⑧ II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2013

⑨ Les comptes du régime général ont été déficitaires de 12,5 milliards d'euros en 2013. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 6,8 milliards d'euros, la branche famille un déficit de 3,2 milliards d'euros et la branche vieillesse un déficit de 3,1 milliards d'euros, la branche accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé, pour la première fois depuis 2008, un excédent qui s'est élevé à

0,6 milliards d’euros. Par ailleurs, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a enregistré un déficit de 2,9 milliards d’euros.

- ⑩ Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES) dès l’année 2011 des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive à compter de 2012 des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d’euros chaque année et de 62 milliards d’euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.
- ⑪ Même si la reprise des déficits de la branche vieillesse et du FSV reste prioritaire, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier de ceux-là, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a intégré les déficits 2012 à 2018 des branches maladie et famille dans le champ de la reprise prévue par la LFSS pour 2011, sans modification des plafonds initiaux de reprise ni de l’échéance d’amortissement des déficits, qui demeure estimée par la CADES à 2024. Dans ce cadre, les déficits 2012 de la branche maladie (5,9 milliards d’euros) ont été repris en 2014 à hauteur de 4 milliards d’euros.
- ⑫ Par ailleurs, les excédents de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au titre de 2013 ont été affectés à la réduction des déficits cumulés passés, dont le montant est ainsi réduit de 2,4 à 1,7 milliards d’euros.
- ⑬ 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 à l’exception de la branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires 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 de l’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 à la charge des sociétés.

- ⑭ Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2013 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 0,6 milliards d'euros (contre 1,0 milliard d'euros en 2012), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 2,6 milliards d'euros. Le PLFSS prévoit que ce déficit pourra, à l'avenir, être financé par des avances rémunérées de trésorerie par l'ACOSS qui viendront compléter les financements bancaires auxquels a recours jusqu'ici la CCMSA pour couvrir ces déficits cumulés.
- ⑮ Concernant la Caisse nationale de retraites des collectivités locales (CNRACL), le déficit comptable s'est dégradé légèrement en 2013, à 0,1 milliard d'euros, alors qu'elle était proche de l'équilibre en 2012. Compte tenu de la non reconduction en 2013 des recettes du prélèvement exceptionnel de 0,7 milliard d'euros effectué sur les réserves de plusieurs fonds finançant des prestations au bénéfice des agents des collectivités locales prévu par la loi de financement pour 2012, cette évolution traduit en fait une amélioration de près de 0,6 milliard d'euros de l'équilibre du régime à la suite d'une hausse des taux de cotisations intervenue en 2013, qui sera reconduite en 2014.
- ⑯ Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2013, portant son montant cumulé à 0,9 milliard d'euros en fin d'année. Dans le contexte d'une limitation des concours financiers de la Caisse des dépôts et consignations, partenaire financier historique de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a étendu jusqu'en 2017 les dispositions de la LFSS pour 2013 prévoyant la faculté d'un recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 millions d'euros, en complément des financements procurés par la Caisse.

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 La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse pour la période 2015-2018. Cette évolution s'inscrit dans le cadre de l'objectif d'un retour progressif à l'équilibre des comptes des régimes de sécurité sociale. D'ici 2018, le déficit global du régime général et du FSV devrait être divisé par près de 5 par rapport à 2014. Il se limiterait en effet à 2,9 milliards d'euros.

②

En milliards d'euros

	2014	2015	2016	2017	2018
Solde régime général et FSV	-15,4	-13,4	-10,3	-5,7	-2,9
Solde tous régimes et FSV	-15,4	-13,3	-10,2	-6,1	-4,0

- ③ Dans un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité en zone euro, ce redressement de la trajectoire financière des régimes s'appuiera sur la poursuite de l'action ambitieuse de régulation des dépenses menée depuis 2012. Cette action reposera sur une maîtrise accrue du rythme d'évolution des dépenses d'assurance maladie et sur la poursuite des adaptations des règles d'attribution des prestations versées par la branche famille. Elle bénéficie par ailleurs des effets attendus de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Par ailleurs les modalités de compensation des mesures centrales prises dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité permettront de ne pas affecter globalement les recettes de la sécurité sociale.

④ **I. – Un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité dans la zone euro.**

- ⑤ Les projections pluriannuelles de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse reposent, pour l'exercice 2014, sur une prévision de croissance de l'activité

de 0,4 %. Cette prévision tient compte de la faible croissance de l'activité constatée dans la zone euro au 1^{er} semestre 2014, après un exercice 2013 marqué par une amélioration des perspectives conjoncturelles. La masse salariale du secteur privé, principale source de financement des régimes, augmenterait de 1,6 % sur l'année en cours.

- ⑥ Pour l'année 2015, l'évolution des soldes des régimes de sécurité sociale et du FSV retient comme sous-jacent une prévision de croissance du PIB de 1 %, légèrement plus prudente que celle du « *Consensus Forecasts* » de septembre (1,1 % de croissance de l'activité en 2015). L'hypothèse de masse salariale associée à cette prévision de croissance de l'activité s'élève à 2 % pour le prochain exercice.
- ⑦ Au-delà de 2015, la poursuite du redressement de la trajectoire des comptes sociaux bénéficiera de l'accélération progressive des principaux agrégats économiques, sous le double effet du déploiement du pacte de compétitivité (crédit d'impôt compétitivité emploi) et de la mise en œuvre du pacte de responsabilité adopté dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 du 8 août 2014. Le renforcement des allègements généraux de cotisations sociales et la baisse du taux des cotisations familiales pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC dès 2015 permettront de soutenir l'emploi et l'investissement. Le volet solidarité du pacte, qui reposera sur un allègement de l'impôt sur le revenu pour les foyers modestes imposables, contribuera par ailleurs à soutenir la consommation des ménages.
- ⑧ Cette accélération de la croissance de l'activité à compter de 2016 permettra un retour à des niveaux de progression soutenue de la masse salariale du secteur privé (3,5 % en 2016 et 4,2 % en 2017-2018), favorisant ainsi le retour vers l'équilibre des comptes sociaux à cet horizon de moyen terme.

Principales hypothèses retenues

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PIB (volume)	0,30%	0,40%	1,00%	1,70%	1,85%	1,85%
Masse salariale privée	1,20%	1,60%	2,00%	3,50%	4,20%	4,20%
Masse salariale publique	1,10%	1,50%	1,10%	1,10%	1,10%	1,10%
Inflation	0,70%	0,50%	0,90%	1,40%	1,75%	1,75%

- ⑩ Conformément à la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012, l'ensemble de ces prévisions économiques ont été soumises au Haut conseil

des finances publiques, qui s'est prononcé sur la sincérité des hypothèses retenues ainsi que sur leur cohérence avec nos engagements européens.

⑪ II. – Un redressement des comptes sociaux assis, en cohérence avec la stratégie des finances publiques de la France, sur un effort d'économies en dépenses.

⑫ 1. Un ONDAM fixé à 2 % en moyenne.

⑬ Les réformes en matière de gouvernance et de pilotage de l'ONDAM ont permis de respecter ou d'être en deçà de l'objectif initial voté chaque année en LFSS. Les estimations présentées dans la CCSS de septembre 2014 font finalement état d'une sous-consommation de l'ONDAM 2013 de 1,7 milliards d'euros après prise en compte du dénouement des provisions.

⑭ À côté des réformes structurelles mises en œuvre, la mise en réserve d'une partie des moyens de l'ONDAM, en début d'année, à hauteur de 0,3 % au minimum de l'objectif voté, a contribué à ce résultat et a fait la preuve de son efficacité en matière de pilotage de dépenses d'assurance maladie. Cette disposition, introduite dans les lois de programmation des finances publiques précédentes, s'est avérée efficace et correctement calibrée et il est ainsi proposé de la reconduire sur les exercices à venir.

⑮ Ainsi, les gels infra-annuels réalisés sur l'ONDAM 2014 contribueront, avec les mesures proposées en partie rectificative de la présente loi, à sécuriser l'exécution de l'objectif tel que prévu en LFSS rectificative, malgré l'augmentation attendue sur les soins de ville liée à l'introduction sur le marché du nouveau traitement destiné aux patients atteints du VHC.

⑯ Dans le cadre de la stratégie globale des finances publiques, l'ONDAM verra par ailleurs son taux d'évolution abaissé à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017, soit un effort global d'économie de 10 milliards d'euros sur trois ans. En 2015, les dépenses dans le champ de l'ONDAM seront contenues en évolution de 2,1 % par rapport à l'objectif 2014. Le respect de cet objectif nécessitera un effort inédit d'économies, de 3,2 milliards d'euros, afin de compenser une évolution tendancielle des dépenses de 3,9 %.

⑰ Cette trajectoire suppose de poursuivre et d'accentuer l'effort d'économies structurelles sur le champ de l'assurance maladie, mais également de garantir un pilotage renforcé de son exécution, sans diminuer la qualité des soins, ni augmenter le reste à charge des assurés et avec

l'objectif de préserver l'innovation et l'accès de tous aux soins les plus efficaces.

- ⑮ Le plan d'économies qui structure le déploiement de la stratégie nationale de santé s'articulera autour de 4 axes.
- ⑲ Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations qui pourront s'appuyer sur les nouveaux groupements hospitaliers territoriaux et des économies sur les achats hospitaliers, où des marges très importantes demeurent. En cohérence avec ces actions, portées en partie dans la loi de santé, les outils à disposition des agences régionales de santé en matière de supervision financière des établissements de santé en difficulté seront renforcés.
- ⑳ Le deuxième axe est le virage ambulatoire qui sera opéré dans les établissements hospitaliers. Une accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire sera naturellement le pivot de cette transformation d'ensemble qui vise à une meilleure articulation entre ville et hôpital. D'autres actions seront menées : développement de l'hospitalisation à domicile, amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement, optimisation du parcours pour certaines pathologie ou populations.
- ㉑ Le troisième axe concerne les produits de santé. Au-delà des mesures de maîtrise des prix, un accent particulier sera placé sur le développement des médicaments génériques afin de lever les derniers freins à une diffusion plus large, génératrice d'économies importantes.
- ㉒ Le dernier axe vise à améliorer la pertinence du recours à notre système de soins dans toutes ses composantes : réduction des actes inutiles ou redondants que ce soit en ville ou en établissements de santé, maîtrise du volume de prescription des médicaments et lutte contre la iatrogénie, optimisation des transports de patients... Ces actions seront déclinées dans le programme national de gestion du risque qui est instauré par la loi de santé.
- ㉓ Ces économies nécessaires pour assurer la pérennité de l'assurance maladie seront néanmoins accompagnées de mesures garantissant l'accès aux soins des populations précaires. Ainsi est-il notamment prévu d'étendre le dispositif de tiers-payant intégral déjà pratiqué pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS).

24 **2. Les trajectoires des régimes d'assurance vieillesse reflètent l'effet des mesures de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.**

25 L'évolution des dépenses d'assurance vieillesse des régimes de base serait de 2,3 % en moyenne sur la période 2014-2017.

26 Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et notamment l'évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein. Ces mesures visent à faire face, de manière responsable, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Elles s'accompagnent de mesure de solidarité pour les publics les plus fragiles susceptibles de connaître des carrières heurtées, à l'image des mères de famille qui ne seront plus pénalisées par les interruptions occasionnées par leur congé maternité.

28 En 2015, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent par ailleurs une évolution modérée due au faible niveau d'inflation, la règle de revalorisation des pensions étant en effet construite sur la base de l'évolution des prix afin de garantir le pouvoir d'achat des retraités.

29 **3. La branche famille contribuera également à l'effort de maîtrise de la dépense publique**

30 Les dépenses de la branche famille sont affectées par un changement de périmètre en 2015 correspondant au transfert à la charge de l'État de la part de l'aide personnalisée au logement actuellement financée par la branche famille. Conjugué aux autres mesures décrites ci-dessous ce transfert (soit 4,7 milliards) couvrira les mesures de baisses des cotisations sociales et de la C3S mises en œuvre au 1^{er} janvier 2015 par la loi de financement rectificative du 8 août 2014 dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité.

31 Hormis cet effet, les trajectoires de dépenses de la branche présentent un volet d'économies à venir sur les prestations de la branche famille. Ces dispositions permettront d'infléchir significativement le rythme moyen d'évolution des dépenses : il aurait été de 2 % par an en l'absence des mesures prévues en loi de financement et sera ramené à 1,3 % suite aux mesures prises et en neutralisant le transfert du financement de l'APL à l'État.

- ③② L'impact de ces mesures d'économies – rendues nécessaire par l'impératif de redressement de la branche famille – sur les ménages sera compensé par les mesures prévues dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2014 qui a augmenté le pouvoir d'achat des ménages de près d'1,3 milliards d'euros. Cette mesure, qui prend la forme d'une réduction d'impôt de 350 euros pour un célibataire et 700 euros pour un couple, s'impute automatiquement sur l'impôt sur le revenu dû par les contribuables. Le Gouvernement poursuit en 2015 l'allègement de l'impôt sur le revenu des ménages modestes, en supprimant la première tranche d'imposition. Cette mesure bénéficiera à 6 millions de ménages supplémentaires, pour un coût d'un peu plus de 3 milliards d'euros.
- ③③ **III. – Dans le cadre de la compensation à la sécurité sociale du pacte de responsabilité et de solidarité, des recettes nouvelles seront affectées à la sécurité sociale, sans impact sur le niveau des prélèvements obligatoires.**
- ③④ Conformément aux engagements pris par le Gouvernement à l'occasion de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014, les mesures présentées dans le cadre des lois financières pour 2015 permettront de compenser intégralement la perte de recettes induite par la mise en œuvre du pacte de responsabilité pour les organismes de sécurité sociale, soit 6,3 milliards d'euros et d'affecter conformément aux engagements pris à l'occasion des débats sur la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites l'équivalent du produit de la fiscalisation des majorations de pensions.
- ③⑤ Cette compensation intégrale prévue par les lois financières se traduit notamment par le transfert évoqué *supra* de la totalité des aides personnelles au logement au budget de l'État, ainsi que par une réaffectation de recettes à la sécurité sociale (en particulier l'affectation du prélèvement de solidarité à la CNAMTS). Cette compensation sera sans impact sur le niveau global des prélèvements obligatoires, le financement des mesures du pacte de responsabilité étant assuré globalement par les efforts de maîtrise des dépenses sur l'ensemble du champ des administrations publiques.
- ③⑥ Cette compensation s'appuiera également sur la réforme portée par ce projet de loi des modalités de prélèvement des cotisations et contributions sociales dues au titre des indemnités de congés payés lorsque celles-ci sont versées par des caisses de mutualisation de la gestion des congés. Cette mesure participera ainsi, pour l'exercice 2015, au financement du pacte de responsabilité.

37) IV. – Cette stratégie de maîtrise des déficits sociaux s’articule avec le schéma de reprise par la CADES adopté précédemment.

38) Les financements déjà affectés à la Cades permettront en effet de reprendre sur la période l’ensemble des déficits de la CNAVTS et du FSV, mais aussi de transférer à la caisse le déficit 2012 de la branche famille, le reliquat du déficit 2012 de la branche maladie et une partie du déficit de cette même branche pour 2013. Ces transferts permettront de maîtriser l’évolution des besoins de trésorerie de l’ACOSS, qui bénéficie néanmoins d’un contexte favorable marqué par le niveau historiquement bas des taux d’intérêt.

39) Recettes, dépenses et soldes du régime général

40) *(en milliards d’euros)*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie								
Recettes	148,2	155,0	158,0	161,4	166,7	172,5	179,0	185,1
Dépenses	156,8	160,9	164,8	168,8	173,6	178,3	182,7	186,4
Solde	-8,6	-5,9	-6,8	-7,3	-6,9	-5,8	-3,7	-1,4
AT/MP								
Recettes	11,3	11,5	12,0	12,0	12,3	12,7	13,2	13,8
Dépenses	11,6	11,7	11,3	11,8	12,1	12,3	12,4	12,6
Solde	-0,2	-0,2	0,6	0,2	0,2	0,4	0,8	1,2
Famille								
Recettes	52,0	53,8	54,6	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses	54,6	56,3	57,8	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde	-2,6	-2,5	-3,2	-2,9	-2,3	-1,4	-0,9	-0,7
Vieillesse								
Recettes	100,5	105,5	111,4	115,1	119,4	124,2	129,0	133,2
Dépenses	106,5	110,2	114,6	116,7	120,9	124,7	128,5	133,7
Solde	-6,0	-4,8	-3,1	-1,6	-1,5	-0,5	0,4	-0,5
Toutes branches consolidées								
Recettes	301,0	314,2	324,0	332,7	338,1	350,2	363,3	375,6
Dépenses	318,4	327,5	336,5	344,3	348,6	357,4	366,6	376,9
Solde	-17,4	-13,3	-12,5	-11,7	-10,5	-7,2	-3,3	-1,3

④① Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

④② *(en milliards d'euros)*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie								
Recettes	171,8	178,9	182,2	186,4	191,0	196,2	202,3	208,8
Dépenses	180,3	184,8	189,1	193,8	198,0	202,0	206,0	210,2
Solde	-8,5	-5,9	-6,9	-7,4	-7,0	-5,8	-3,7	-1,4
AT/MP								
Recettes	12,8	13,1	13,5	13,5	13,7	14,1	14,7	15,3
Dépenses	13,0	13,7	12,8	13,2	13,5	13,6	13,8	14,0
Solde	-0,1	-0,6	0,7	0,3	0,3	0,5	0,9	1,3
Famille								
Recettes	52,3	54,1	54,9	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses	54,9	56,6	58,2	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde	-2,6	-2,5	-3,3	-2,9	-2,3	-1,4	-0,9	-0,7
Vieillesse								
Recettes	194,6	203,4	212,2	218,1	222,7	229,5	236,5	243,4
Dépenses	202,5	209,5	215,8	219,9	224,0	229,9	236,5	245,0
Solde	-7,9	-6,1	-3,6	-1,7	-1,3	-0,4	0,0	-1,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	419,6	436,5	449,8	461,2	466,2	479,6	494,5	510,0
Dépenses	438,7	451,6	462,9	472,9	476,6	486,8	498,3	512,4
Solde	-19,1	-15,1	-13,1	-11,7	-10,3	-7,2	-3,7	-2,4

④③ Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble du Fonds de solidarité vieillesse

④④ *(en milliards d'euros)*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Recettes	14,1	14,7	16,8	16,9	16,6	16,8	17,3	17,9
Dépenses	17,5	18,8	19,7	20,6	19,6	19,8	19,7	19,5
Solde	-3,4	-4,1	-2,9	-3,7	-2,9	-3,0	-2,4	-1,6

ANNEXE C

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

① **I. – Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

② Exercice 2015 (*en milliards d'euros*)

③

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régimes de base
Cotisations effectives	86,9	125,4	32,1	12,8	255,4
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,5	0,6	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,5	0,0	0,3	39,4
Contribution sociale généralisée	64,9	0,0	10,9	0,0	75,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	31,4	19,1	8,0	0,1	58,5
Transferts	2,8	37,6	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	3,0	0,5	0,5	0,3	4,3
Recettes	191,0	222,7	52,4	13,7	466,2

④ *Accidents du travail-maladies professionnelles

⑤ *Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).*

⑥ **II. – Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale**

⑦ Exercice 2015 (*en milliards d'euros*)

⑧

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régime général
Cotisations effectives	77,4	74,7	32,1	11,9	194,2
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	1,0	0,6	0,1	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	56,2	0,0	10,9	0,0	66,8
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,8	14,6	8,0	0,0	48,4
Transferts	3,5	28,8	0,4	0,0	22,1
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,7	0,2	0,5	0,3	3,7
Recettes	166,7	119,4	52,4	12,3	338,1

⑨ **Accidents du travail-maladies professionnelles*

⑩ *Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).*

⑪ **III. – Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

⑫ Exercice 2015 (*en milliards d'euros*)

⑬

	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée	10,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,1
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,6

**ANNEXE 10
FICHES
D'ÉVALUATION
PRÉALABLE
DES ARTICLES
DU PROJET DE LOI**

PLFSS 2015

SOMMAIRE

PLFSS 2015 - Annexe 10

<i>ARTICLE 3 – Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C.....</i>	<i>6</i>
<i>ARTICLE 4 – Disposition fixant la dotation à l'ONIAM</i>	<i>13</i>
<i>ARTICLE 5 – Rectification des prévisions et objectifs relatifs à l'année 2014 et réaffectation du forfait social de la section 2 du FSV.....</i>	<i>17</i>
<i>ARTICLE 7 – réforme des seuils d'assujettissement à la CSG sur les revenus de remplacement.....</i>	<i>23</i>
<i>ARTICLE 8 – Affiliation des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public.....</i>	<i>42</i>
<i>ARTICLE 9 - Encadrement des assiettes forfaitaires.....</i>	<i>51</i>
<i>ARTICLE 10 – Modification des outils de régulation des dépenses de médicament</i>	<i>59</i>
<i>ARTICLE 11 – Simplification du recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques</i>	<i>71</i>
<i>ARTICLE 12 – Disposition relative aux recours contre tiers</i>	<i>86</i>
<i>ARTICLE 13– Rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie complémentaire et des contrats relatifs aux véhicules terrestres à moteur.....</i>	<i>94</i>
<i>ARTICLE 14 – Normalisation du versement des cotisations sociales par les employeurs affiliés à des caisses de congés payés.....</i>	<i>113</i>
<i>ARTICLE 15 – Relation de confiance cotisants /organismes de recouvrement</i>	<i>121</i>
<i>ARTICLE 16 – Simplification des modalités de contestation des cotisations AT-MP.....</i>	<i>136</i>
<i>ARTICLE 17 – Modernisation du recouvrement agricole</i>	<i>140</i>
<i>ARTICLE 18 – CMAF – Guichet unique de la protection sociale des marins.....</i>	<i>149</i>
<i>ARTICLE 19 –Financement des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles.....</i>	<i>158</i>
<i>ARTICLE 20 – Alignement sur le droit commun des circuits financiers et comptables de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.....</i>	<i>164</i>
<i>ARTICLE 21 – Compensation des mesures du pacte de responsabilité et de solidarité.....</i>	<i>180</i>
<i>ARTICLE 22 – Modification des modalités de transfert des contributions sur les revenus du patrimoine au titre de l'« exit tax »</i>	<i>190</i>
<i>ARTICLE 29 – Tiers-payant pour les bénéficiaires de l'ACS</i>	<i>195</i>
<i>ARTICLE 30 - Exonération de la participation de l'assuré sur l'honoraire de dispensation des pharmaciens afférent à une ordonnance complexe</i>	<i>203</i>
<i>ARTICLE 31 - Transfert de l'indemnité de congé maternité au père ou au partenaire de la mère en cas de décès de la mère au cours du congé maternité</i>	<i>208</i>
<i>ARTICLE 32 – Réforme du financement des soins aux détenus</i>	<i>218</i>
<i>ARTICLE 33 - Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections sexuellement transmissibles (CIDDGI)</i>	<i>225</i>
<i>ARTICLE 34 - Prise en charge des vaccins réalisés par les centres publics de vaccination</i>	<i>233</i>
<i>ARTICLE 35 – Démocratie sanitaire.....</i>	<i>239</i>
<i>ARTICLE 36 - Incitation à l'amélioration de la qualité et contrat d'amélioration des pratiques.....</i>	<i>243</i>
<i>ARTICLE 37 – Hôpitaux de proximité</i>	<i>251</i>
<i>ARTICLE 38 – Création du praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)</i>	<i>257</i>

ARTICLE 39 – Soutien à la médecine ambulatoire en montagne	262
ARTICLE 40 - Fonds d'intervention régional (FIR) : réforme des modalités de gestion et restructuration des missions du fonds	267
ARTICLE 41 – Financement de l'innovation.....	276
ARTICLE 42 – Renforcement des leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé.....	285
ARTICLE 43 - Création d'un nouveau mode d'inscription sur la liste des produits et prestations (description générique renforcée)	292
ARTICLE 44 - Mesure de sensibilisation à la prescription de produits de la liste en sus.....	299
ARTICLE 45 - Accès des entreprises de taxis au conventionnement assurance maladie pour le transport assis de patients	304
ARTICLE 46 – Duplication du dispositif de « l'écart médicament indemnisable » sur les produits de rétrocession	309
ARTICLE 47 – Publication des tarifs de responsabilité des produits de santé de manière simultanée à leur inscription sur la liste en sus.....	314
ARTICLE 48 – Extension du mécanisme de réserve prudentielle au champ OQN	320
ARTICLE 49 - Renforcement du pilotage de la dépense d'assurance maladie relative aux soins urgents	325
ARTICLE 50 – Dispositions relatives à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.....	330
ARTICLE 51 – Tarification des plasmas thérapeutiques	334
ARTICLE 52 – Forfaitisation du capital décès.....	344
ARTICLE 53 – Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2015 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, de l'ONIAM, de l'EPRUS ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs.....	349
ARTICLE 56 – Aide au rachat de trimestres de retraite pour les enfants de harkis au titre des périodes passées dans des camps militaires d'hébergement.....	356
ARTICLE 58 – Dispositions relatives aux dotations de la branche des accidents du travail.....	360
ARTICLE 59 - Extension du bénéfice des indemnités journalières ATEXA aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux.....	366
ARTICLE 61 – Modulation de la prime à la naissance et à l'adoption selon le rang de l'enfant	371
ARTICLE 63 - Fixation du montant pris en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du financement du minimum contributif	375
ARTICLE 65 – Proportionnalité des sanctions prononcées en cas de fraudes aux prestations famille et vieillesse	380
ARTICLE 66 – Rétablissement des droits après redressement	386

ARTICLE 3 – Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C

I. Présentation de la mesure

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

L'hépatite C est une maladie contagieuse du foie, qui résulte d'une infection virale et peut conduire à une cirrhose hépatique, voire un cancer du foie. En France, 200 000 personnes seraient touchées par ce virus et 3 000 personnes en décèderaient chaque année. L'émergence d'une nouvelle classe de molécules antivirales constitue une innovation thérapeutique majeure. Les nouveaux traitements apparaissent comme plus efficaces, mieux tolérés et présentent des taux de guérison plus élevés.

Toutefois, ces médicaments sont à ce jour vendus à des prix très élevés (entre 35 000 et 56 000 euros par patient) en Europe et en France, où ils sont pris en charge depuis le début de l'année 2014 dans le cadre des dispositifs dérogatoires et à prix libre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et du post-ATU.

Or ces prix très élevés ainsi que le nombre important de patients à traiter pourraient déséquilibrer le financement du système de soins français. La progression des dépenses remboursées par l'assurance maladie relatives aux traitements du virus de l'hépatite C sera ainsi supérieure à un demi-milliard d'euros, faisant peser, essentiel du fait d'un seul médicament, un risque important sur le respect de l'ONDAM. La progression du chiffre d'affaires de ces médicaments et leur impact sur les dépenses d'assurance maladie sont ainsi sans précédent et apparaissent significativement plus dynamiques que pour toutes les autres classes thérapeutiques d'ampleur comparable : il n'existe aucune autre pathologie traitée par des médicaments qui cumulent des chiffres d'affaires aussi importants et en progression aussi rapide.

Dans le cadre de dépenses contraintes, et au vu de l'impératif effort d'économie demandé par les autorités européennes, la prise en charge de ces nouvelles thérapies, vu leur montant et leur rythme de progression actuel, est insoutenable pour l'assurance maladie et met en péril la viabilité de notre système de protection sociale.

Il apparaît donc indispensable de mettre en place, dès aujourd'hui, un mécanisme progressif de contribution ayant pour but de rendre les dépenses de médicament compatibles avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mais qui serait à la charge des entreprises exploitant les médicaments les plus contributeurs de la dépense et de ne pas faire porter aux autres, l'arrivée de produits proposés à des prix élevés et totalement déconnectés de leurs coûts de production. Si la politique de protection sociale en France tend à une large diffusion de l'innovation, cela ne peut se faire au détriment de tous les autres patients, ce qui adviendrait avec une prise en charge intégrale et sans contrepartie de la part des laboratoires de ces traitements de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C. En revanche, sont introduits deux critères dans la loi pour éviter de déclencher cette contribution exceptionnelle si les dépenses sont moins fortes qu'anticipé lors de la construction de l'ONDAM : d'une part, un montant seuil de chiffre d'affaires et, d'autre part, un taux de progression de ce chiffre d'affaires. C'est le déclenchement de ces deux seuils qui déclenchera le dispositif de contribution.

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

a) Mesure proposée

L'objectif de cette mesure est de définir pour une pathologie donnée, en l'espèce le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, un plafond de dépenses que la solidarité nationale peut assumer sans demander d'effort supplémentaire aux industriels, calculé sur la base des chiffres d'affaires hors taxe réalisés par les entreprises concernées. Au-delà de ce plafond, les laboratoires reverseront une contribution en fonction de leur chiffre d'affaire réalisé.

Le mécanisme de contribution est généré par la survenance de deux conditions cumulatives :

- la somme des chiffres d'affaires issus de l'exploitation des médicaments destinés au traitement de la pathologie, dont la liste est définie par la Haute Autorité de santé, en année n, est supérieure à un montant défini dans la loi ;
- le taux de croissance de ces mêmes chiffres d'affaires est supérieur à un taux également fixé au sein de l'article.

Les chiffres d'affaires considérés sont ceux issus de l'exploitation des médicaments précités en France, déduction faite, le cas échéant, des remises versées au titre de l'exploitation du produit (art. L. 162-18), des prises en charge dérogatoires lors des phases d'ATU ou post-ATU ainsi que des remises ou contributions versées en vertu du présent dispositif en année n-1. S'agissant des remises dues au titre du reversement ATU / post-ATU, pour les médicaments n'ayant pas achevé leur procédure d'inscription au remboursement et tarification en fin d'année concernée, un montant provisoire de remise est calculé sur la base du dernier prix proposé par le laboratoire dans le cadre de la négociation avec le CEPS. Les montants des contributions sont ensuite régularisés l'année suivante en fonction du montant de remises *in fine* versé par le laboratoire concerné.

De plus, ne sont pas pris en compte dans l'assiette les chiffres d'affaires hors taxe (CAHT) réalisés par les médicaments représentant moins de 10 % du montant plafond des dépenses.

Dès lors que les deux conditions mentionnées *supra* sont remplies, les entreprises concernées sont redevables d'une contribution dont le montant total est fonction de l'écart constaté avec le montant de l'enveloppe déterminée en LFSS. Tout comme pour l'application du taux K défini à l'article L. 138-10, La contribution totale est fixée de manière progressive. Ainsi, le montant de la contribution est calculé comme suit :

- Lorsque le montant du CAHT considéré dépasse le montant de l'enveloppe (W) maximum fixé dans la loi, soit 450M€, mais reste en deçà du montant de cette enveloppe +10%, soit 495M€, alors le taux de contribution est de 50% ;
- Pour un dépassement entre W+10%, soit 495M€, et W+20%, soit 540M€, alors le taux est de 60% ;
- Au delà de W+20% (soit > à 540M€), le taux est de 70%.

Chaque entreprise est redevable d'une part de la contribution déterminée au prorata de son chiffre d'affaires.

Toutefois, afin de privilégier l'échange et la politique conventionnelle, le comité économique des produits de santé peut conclure avec les laboratoires concernés une convention dont l'objet est de répartir le montant total de la contribution entre les différentes entreprises à condition d'une part, qu'elles aient signé une convention avec le CEPS dans le cadre de la fixation des prix des médicaments de la liste (ou pour les médicaments en ATU / post-ATU, qu'elles soient signataires de l'accord-cadre) et, d'autre part, que le montant des remises versé par chaque laboratoire soit supérieur ou égal à 90% de ce qui aurait été dû au titre de la contribution de ce même laboratoire.

L'article prévoit également les modalités pratiques de versement et de recouvrement de la contribution.

Lors de la construction de l'ONDAM 2014, ces innovations étant attendues, les dépenses afférentes avaient été comptabilisées, en fonction des informations disponibles au moment de la construction, notamment le nombre de patients diagnostiqués, le profil de la patientèle et les prix pratiqués aux Etats-Unis. En plus de ces éléments, ce montant prévisionnel avait été évalué sous l'hypothèse que ces nouveaux produits resteraient majoritairement pris en charge, sur l'année 2014, en vertu de dispositifs dérogatoires donc restreints par rapport aux indications de l'AMM (ATU puis Post-ATU). Le montant avait ainsi été évalué à 450M€.

Or le maintien de l'équilibre général de l'ONDAM est un objectif majeur, et souligné par le contexte budgétaire actuel. C'est la raison pour laquelle il est proposé de fixer le montant de chiffres d'affaires de référence pour 2014 à 450M€ et le taux de croissance à 10% et ce, alors même que la montée en charge des traitements au cours de l'été et les dernières prévisions de volume pour la fin d'année rendent probable un dépassement considérable de l'enveloppe. En effet, il est indispensable de circonscrire la dépense, qui croît de manière quasi exponentielle, à un niveau soutenable pour l'ONDAM alors même que ces traitements sont encore dans une phase de diffusion et de prise en charge dérogatoire.

Toutefois, bien qu'il soit indispensable de garantir la soutenabilité de la dépense sur l'ONDAM, il paraît également impératif de ne pas pénaliser les traitements dont le coût ne croît pas de manière significative par rapport au taux de l'ONDAM. C'est pourquoi, il est proposé de garantir aux entreprises concernées un plancher d'accroissement en dessous duquel aucune contribution ne leur sera demandée. Ce taux est fixé à 10%, soit près de quatre fois plus que l'ONDAM ce qui permet de garantir aux entreprises concernées une certaine prévisibilité en matière fiscale.

Enfin, la mesure étant liée aux circonstances exceptionnelles consécutives à l'impact des nouveaux traitements de l'hépatite C, sa mise en œuvre est limitée dans le temps à la période 2014-2016 et fera l'objet d'un rapport d'évaluation au Parlement.

b) Autres options possibles

Deux options différentes peuvent être envisagées.

La première consiste à fixer non pas une enveloppe maximum pour le traitement d'une pathologie donnée mais une enveloppe par patient. Dans ce dispositif, il serait établi un coût de traitement maximum par patient et par an au-delà duquel les entreprises reverseraient à l'assurance maladie le différentiel avec le montant des dépenses constatées. La contribution de chaque entreprise devrait ainsi être fonction du dépassement de coût par patient et par produit. Cette alternative impliquerait d'importants développements informatiques, l'information sur la répartition des traitements par patient n'étant pas immédiatement disponible et par ailleurs, elle reviendrait à pénaliser des traitements liés à certains génotypes. Pour toutes ces raisons, cette option a été écartée.

La seconde option serait de diminuer de manière significative le taux K défini à l'article L. 138-10. Pour mémoire, ce dispositif consiste au versement d'une contribution à l'assurance maladie par les laboratoires pharmaceutiques lorsque leur chiffre d'affaires hors taxes au titre des spécialités remboursables a crû plus vite qu'un taux (K) de progression défini en LFSS. La contribution totale est dans ce cas fonction du dépassement entre le chiffre d'affaires réalisé par l'ensemble des entreprises et celui atteint en cas de respect du taux K. Cette option aurait pour effet de faire contribuer l'ensemble des entreprises au dépassement causé par une minorité de produits. Il a semblé opportun au vu des difficultés techniques précitées et de l'inégalité de traitement potentielle, de ne pas retenir cette option mécanique.

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

Le produit de cette nouvelle contribution sur les médicaments est affecté au financement de la CNAMTS.

Les mesures ont donc un effet sur les recettes du régime concerné et sont relatives, en tout ou partie, à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées à ce régime obligatoire de base pour l'année en cours dans la mesure où cette contribution devrait intervenir dès 2014. Elles relèvent ainsi du A du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale et prennent place dans la 2^e partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

Codification de la nouvelle contribution par la création au code de la sécurité sociale des articles L. 138-19-1 à L. 138-19-7.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition n'est abrogée.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure non applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le montant du chiffre d'affaires des médicaments destinés au traitement de l'hépatite C n'est pas encore connu et dépend de l'issue des négociations menées par le comité économique des produits de santé. A titre d'exemple, si le CAHT de ces traitements devait représenter 650 M€ en 2014, soit 200 M€ au-dessus de W, le montant total de la contribution s'établirait comme suit : Entre W (450 M€) et W+10% (495 M€) : 50% soit 22,5 M€

- Entre W+10% (495 M€) et W+20% (540 M€): 60% soit 27 M€
- Entre W+20% (540M€) et 650M€: 70% soit 77 M€

Le montant total de la contribution s'établirait ainsi à 126,5 M€ et serait ensuite réparti entre les entreprises au prorata des CAHT réalisés par les produits inclus dans l'enveloppe et concernés par la contribution. Pour les entreprises conventionnées avec le CEPS, une décote allant jusqu'à 10% pourrait être appliquée. Cela conduit à un montant prévisionnel de contribution de 113,9 M€.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure a nécessairement un impact économique sur les laboratoires pharmaceutiques puisqu'elle crée une nouvelle contribution à leur charge visant à concourir au respect de l'ONDAM.

b) impacts sociaux

La mesure proposée n'a aucun impact sur les assurés puisqu'elle ne restreint pas l'accès au produit mais en limite seulement le coût pour la solidarité nationale.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure proposée n'a pas d'impact sur les assurés et donc sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure n'a pas d'impact sur les assurés et impacte les seuls laboratoires pharmaceutiques.

Les mesures auront lors de leur mise en œuvre un impact sur l'organisation des entreprises redevables de ces contributions (laboratoires pharmaceutiques) compte tenu des mises à jour à prévoir au niveau informatique, comptable, etc.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure prévoit que le recouvrement de la nouvelle contribution sera désormais confié aux URSSAF déjà en charge du recouvrement de 5 autres contributions pharmaceutiques (URSSAF Rhône-Alpes et URSSAF Ile-de-France).

Elle aura potentiellement un impact sur les systèmes d'information de l'ACOSS et des URSSAF concernées compte tenu des mises à jour à prévoir tant au niveau du système d'information que des formulaires déclaratifs qui seront dématérialisés.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cette mesure n'entraîne aucune charge supplémentaire et n'a donc pas d'impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Cette mesure nécessite la publication d'un arrêté fixant le modèle de déclaration du chiffre d'affaires. Cet arrêté devra être concerté avec les organismes chargés du recouvrement et avec les industriels concernés qui devrait être publié avant fin janvier 2015.

Par ailleurs, cette mesure invite à la négociation, au premier semestre 2015, d'un accord conventionnel entre le CEPS et les entreprises concernées, de manière à définir les modalités de répartition des remises conventionnelles exonératoires de la contribution.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure ne nécessite pas une mise en œuvre particulière nouvelle par les caisses de sécurité sociale. Elle ne concerne par ailleurs pas les assurés. Elle s'appliquera de manière rétroactive sur l'année 2014.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information n'est nécessaire.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre sera de fait suivie puisqu'il s'agit de contrôler les dépenses liées à une pathologie d'une année sur l'autre.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Création des articles L. 139-19-1 à L. 138-19-8 au code de la sécurité sociale

Nouvelle section 3 : Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C

Art. L. 138-19-1. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.

La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.

Art. L. 138-19-2. - L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1 minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 10 % de W.

Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1 multiplié par la différence entre l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article et le dernier prix proposé ou déclaré par l'entreprise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

Art. L. 138-19-3. - Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

Montant de chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (S)	Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %
S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %
S supérieur à W + 20 %	70 %

La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-2. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-19-4.

Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10.

Art. L. 138-19-4. - Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

Art. L. 138-19-5. - Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-19-1 s'entend de ce groupe.

Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

Art. L. 138-19-6. - La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} avril suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.

Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l'année suivante.

Art. L. 138-19-7. - Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article L.138-20 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.138-20 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.</p>	<p>Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 138-19-1, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.</p>

Article 63 de la loi n° 2013-1203 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 actuel	Article 63 de la loi n° 2013-1203 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 actuel
<p>II.-Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie 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 138 millions d'euros pour l'année 2014.</p>	<p>II.-Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie 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 118 millions d'euros pour l'année 2014.</p>

ARTICLE 4 – Disposition fixant la dotation à l'ONIAM

I. Présentation de la mesure

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

En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). La présente mesure a pour objet de réduire la dotation de l'office pour 2014 initialement fixée à 138 M€ par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

a) Mesure proposée

Les dépenses pour 2014 à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 137,2 M€ (contre 150,5 M€ initialement) dont :

- 119,5 M€ au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions);
- 6,6 M€ de dépenses de personnel ;
- 3,1 M€ de dépenses de fonctionnement ;
- 8 M€ de frais d'avocats et d'expertises.

Les autres produits de l'office (hors dotation de l'Etat) sont estimés pour 2014 à 16,5 M€. Il est proposé d'abaisser la dotation de l'assurance maladie, initialement fixée à 138 M€, à 118 M€. Ainsi le résultat cumulé total fin 2014 s'établira à 39,3M€, ce qui assure à l'office une réserve prudentielle suffisante.

b) Autres options possibles

Aucune compte tenu de l'objet de la mesure.

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

La mesure affecte les dépenses des régimes d'assurance maladie relève de la partie de la loi de financement de la sécurité sociale relative à l'année en cours en application des dispositions du 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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Oui.</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Idem</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Idem</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2014 (rectificatif)	2015 P ou R	2015	22016	22017
CNAM	+20				

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

sans objet

b) impacts sociaux

sans objet

c) impacts sur l'environnement

sans objet

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Sans objet

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Sans objet

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

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 non encore traités.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article 63 actuel de la loi n°2013-1203 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014</p>	<p>Article 63 modifié de la loi n°2013-1203 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014</p>
<p>(...)</p> <p>II. Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 138 millions d'euros pour l'année 2014.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>II. Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 138118 millions d'euros pour l'année 2014.</p> <p>(...)</p>

ARTICLE 5 – Rectification des prévisions et objectifs relatifs à l’année 2014 et réaffectation du forfait social de la section 2 du FSV

I. Présentation de la mesure

NB : les considérations qui suivent concernent les dispositions relevant du champ facultatif des LFSS.

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

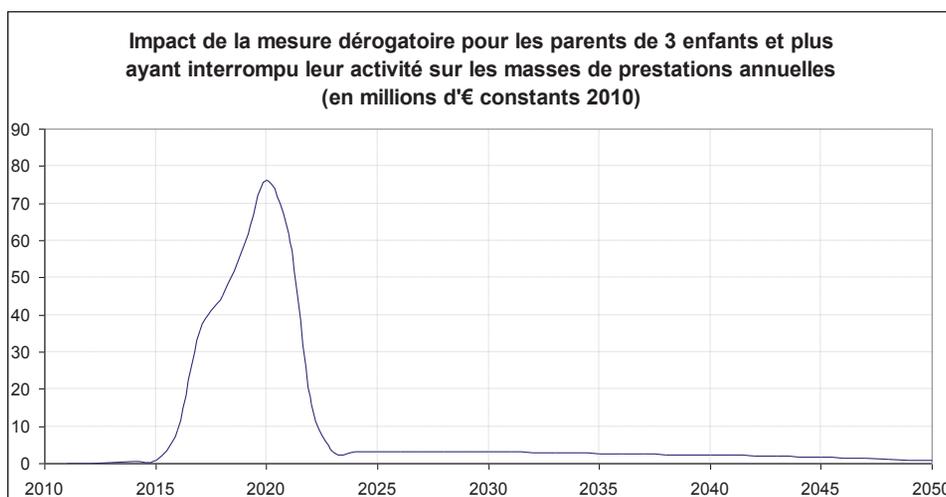
Le FSV est constitué de deux sections comptables :

- l’une retrace les charges et les produits destinés au financement des avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale, tels la prise en charge des cotisations au titre des périodes de chômage ou encore le financement du minimum vieillesse ;
- l’autre a été créée en LFSS pour 2011 dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 et permet la mise en réserve des recettes affectées au financement du maintien à 65 ans du départ à la retraite pour les parents de trois enfants ou d’enfant handicapé. Elle est définie à l’article L.135-3-1 du code de la sécurité sociale.

Les recettes affectées à cette section 2 sont précisées au I de l’article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale. Elles étaient composées initialement de 0,77 point du forfait social et de 0,2 point du prélèvement social sur les revenus du capital. Les fractions des recettes affectées ont été révisées en LFSS 2012 puis en LFSS 2013 jusqu’à les limiter à 0,5 point de forfait social.

Comme le prévoit l’article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale, des dépenses ne seront comptabilisées dans cette section 2 qu’à partir de 2016.

A fin 2013, le montant de la réserve constituée s’élève à 0,9 Md€. Or, comme le retrace le tableau ci-dessous, relatif aux dépenses et recettes prévisionnelles de la section 2 du FSV pour la période 2016-2020, le besoin de financement jusqu’en 2020 (280 M€) est largement couvert par la réserve déjà constituée. Cette dernière sera non seulement suffisante pour financer le dispositif jusqu’en 2024, année à partir de laquelle le dispositif s’éteint progressivement mais également jusqu’à son extinction finale. En effet, les mesures financées par la section 2 s’appliquent aux générations 1951 à 1955, qui en bénéficieront lors de la liquidation de leurs droits entre 2016 et 2020, ce qui explique le caractère résiduel des dépenses qui seront engagées à partir de 2023 et la situation durablement excédentaire de cette section.



Les chiffres réalisés par la CNAV conduisent à estimer l’impact total de cette mesure à 305 M€ à l’horizon 2022 et 373 M€ en 2050.

A l’inverse, les prévisions de solde de la section 1 sont quant à elles dégradées et présentent un déficit moyen annuel de -1,3 Md€ sur la période 2015-2017.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à transférer la totalité des 0,5 point de forfait social de la section 2 à la section 1 du FSV, dès 2014 soit un montant de 0,15 Md€ tout en maintenant une section 2 sur laquelle seront imputées les dépenses du dispositif de départ à la retraite à 65 ans. Ces dernières seront financées par les réserves constituées au 31 décembre 2013 (898 M€) dont le montant est suffisant au regard des prévisions de dépenses à long terme réalisées par la CNAVTS.

Cette mesure permettra d'améliorer la trésorerie de la CNAV qui assure la couverture de la totalité des besoins de financement infra annuels de la section 1 du FSV. Enfin, les déficits du FSV repris annuellement par la CADES seront minorés à due concurrence, ce qui accroîtrait la reprise des déficits des branches maladie et famille désormais inclus dans l'enveloppe globale des reprises de déficits.

b) Autres options possibles

Une autre solution consisterait à fusionner la section 2 du FSV avec la section 1 afin d'utiliser les surplus de réserves et la recette affectée à la section 2 du FSV à la réduction du déficit de la section 1 du FSV. Mais cette solution reviendrait sur la volonté du législateur de mettre en place d'un suivi spécifique de ces dépenses.

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

Cette mesure nécessite de modifier l'article L.135-3-1 du code de la sécurité sociale relatif aux recettes affectées à la section 2 du FSV et l'article L. 137-16 du même code relatif au forfait social. Elle affecte les recettes d'un organisme concourant au financement des régimes de sécurité sociale pour l'année en cours et relève de la LFSS en application du 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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire et les diverses jurisprudences de la CEDH relatives au droit des prisonniers à la santé.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure nécessite de modifier l'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale relatif aux recettes affectées à la section 2 du FSV et l'article L. 137-16 du même code relatif au forfait social.

Par ailleurs, le présent article ajuste les dispositions de l'article L. 135-2 relatif aux charges du FSV.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>sans objet</i>
<i>Mayotte</i>	<i>sans objet</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint Pierre et Miquelon</i>	<i>sans objet</i>
<i>Saint Martin et Saint Barthélemy</i>	<i>sans objet</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>sans objet</i>

IV. Evaluation des impacts**1. Impact financier global**

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
FSV section 1		+150	+154	+161	+168
FSV section 2		-150	-154	-161	-168

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

Le montant du transfert de recette correspond à l'estimation du rendement du forfait social.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes**a) impacts économiques**

Cette mesure ne présente pas d'impact économique.

b) impacts sociaux

Les dispositions qui modifient les affectations de recettes entre sections du FSV n'ont aucun impact sur les droits des assurés et notamment de ceux visés par les mesures financées par la section 2 du fonds (parents de trois enfants ou d'enfant handicapés). Leur droit à la retraite anticipée par rapport aux règles de droit commun est garanti en premier lieu par les régimes de base et n'est aucunement affecté par l'arrêt de la mise en réserve des recettes affectées au financement de ces dispositifs.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure n'a aucun impact sur les démarches réalisées pour bénéficier des droits spécifiques financés par la section 2.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La réaffectation des recettes du forfait social nécessitera un aménagement marginal pour mettre à jour les systèmes d'information de l'ACOSS gérant la répartition des flux de recettes entre affectataires.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants pour le FSV.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mesure est d'application directe.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure est d'application immédiate.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 135-2 <i>actuel</i> du code de la sécurité sociale	Article L. 135-2 <i>modifié</i> du code de la sécurité sociale
<p>Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :</p> <p>[...]</p> <p>11° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail.</p> <p>Les sommes mentionnées aux a, b, d, e, f et g du 4°, au 7° et au 10° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p>	<p>Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :</p> <p>[...]</p> <p>11° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail.</p> <p>Les sommes mentionnées aux a, b, d, e, f et g du 4°, au 7° et au 10° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p> <p>12° le financement d'avantages non contributifs, instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient.</p>
Article L. 135-3-1 <i>actuel</i> du code de la sécurité sociale	Article L. 135-3-1 <i>modifié</i> du code de la sécurité sociale
<p>Le fonds est en outre chargé de la mise en réserve de recettes pour le financement des dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Cette mission est suivie au sein d'une nouvelle section qui retrace :</p> <p>I.-En recettes :</p> <p>1° Une part fixée à l'article L. 137-16 de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 ;</p> <p>2° Une part fixée à l'article L. 245-16 des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</p> <p>3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.</p> <p>II.-En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés au premier alinéa. Le montant annuel de ces versements est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.</p> <p>Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.</p>	<p>Le fonds est en outre chargé de la mise en réserve de recettes pour le financement des dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Cette mission est suivie au sein d'une nouvelle section distincte qui retrace :</p> <p>I.-En recettes :</p> <p>1° Une part fixée à l'article L. 137-16 de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 ;</p> <p>2° Une part fixée à l'article L. 245-16 des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</p> <p>3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.</p> <p>II.-En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés au premier alinéa. Le montant annuel de ces versements est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.</p> <p>Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.</p>

<p align="center">Article L. 137-16 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 137-16 modifié du code de la sécurité sociale</p>																									
<p>Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 20 %.</p> <p>Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l'article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives de production.</p> <p>Le produit de cette contribution est réparti conformément au tableau suivant :</p>	<p>Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 20 %.</p> <p>Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l'article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives de production.</p> <p>Le produit de cette contribution est réparti conformément au tableau suivant :</p>																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="91 627 304 851"></th> <th data-bbox="304 627 439 851"> POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 % </th> <th data-bbox="439 627 581 851"> POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 % </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="91 851 304 924">Caisse nationale d'assurance vieillesse</td> <td data-bbox="304 851 439 924">16 points</td> <td data-bbox="439 851 581 924">6,4 points</td> </tr> <tr> <td data-bbox="91 924 304 997">Fonds mentionné à l'article L. 135-1</td> <td data-bbox="304 924 439 997">4 points</td> <td data-bbox="439 924 581 997">1,6 point</td> </tr> <tr> <td data-bbox="91 997 304 1062">Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1</td> <td data-bbox="304 997 439 1062">0,5 point</td> <td data-bbox="439 997 581 1062">0,5 point</td> </tr> </tbody> </table>		POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %	Caisse nationale d'assurance vieillesse	16 points	6,4 points	Fonds mentionné à l'article L. 135-1	4 points	1,6 point	Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point	0,5 point	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="581 627 794 851"></th> <th data-bbox="794 627 929 851"> POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 % </th> <th data-bbox="929 627 1071 851"> POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 % </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="581 851 794 924">Caisse nationale d'assurance vieillesse</td> <td data-bbox="794 851 929 924">16 points</td> <td data-bbox="929 851 1071 924">6,4 points</td> </tr> <tr> <td data-bbox="581 924 794 997">Fonds mentionné à l'article L. 135-1</td> <td data-bbox="794 924 929 997">4 points</td> <td data-bbox="929 924 1071 997">1,6 point</td> </tr> <tr> <td data-bbox="581 997 794 1062">Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1</td> <td data-bbox="794 997 929 1062">0,5 point</td> <td data-bbox="929 997 1071 1062">0,5 point</td> </tr> </tbody> </table>			POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %	Caisse nationale d'assurance vieillesse	16 points	6,4 points	Fonds mentionné à l'article L. 135-1	4 points	1,6 point	Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point	0,5 point
	POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %																								
Caisse nationale d'assurance vieillesse	16 points	6,4 points																								
Fonds mentionné à l'article L. 135-1	4 points	1,6 point																								
Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point	0,5 point																								
	POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %																								
Caisse nationale d'assurance vieillesse	16 points	6,4 points																								
Fonds mentionné à l'article L. 135-1	4 points	1,6 point																								
Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point	0,5 point																								

ARTICLE 7 – réforme des seuils d’assujettissement à la CSG sur les revenus de remplacement

I. Présentation de la mesure

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

a) L’objectif initial de la CSG, qui avait conduit à l’appliquer de façon proportionnelle et à un taux unique à l’ensemble des revenus assujettis, a été concilié avec un objectif de « pouvoir d’achat » conduisant à introduire un dispositif spécifique de taux réduits pour les revenus de remplacement

L’objectif de la contribution sociale généralisée qui est « d’associer au financement des dépenses de sécurité sociale l’ensemble de la population, compte tenu d’une évolution qui a étendu le champ d’application des prestations sociales » (conseil constitutionnel, décision n° 90-285) a conduit, à l’origine, à prélever celle-ci de façon proportionnelle et à un taux identique sur tous les revenus entrant dans son champ : à compter de 1991, une CSG au taux unique de 1,1% s’est appliquée tant aux revenus d’activité qu’aux revenus du patrimoine et aux revenus de remplacement (pensions de retraite et d’invalidité, allocations de chômage et de préretraite). S’agissant des revenus de remplacement, le caractère proportionnel se justifiait également par le fait que la CSG complétait des cotisations d’assurance maladie, par nature proportionnelles, alors prélevées sur ces revenus, et elle auxquelles elle allait être appelée, à terme, à se substituer presque intégralement.

Ce caractère proportionnel a toutefois été limité par un mécanisme d’exclusion d’assiette, poursuivant un objectif de préservation du pouvoir d’achat des retraités et des personnes en recherche d’emploi à faible revenu : dès sa mise en place, la CSG ne s’est en effet appliquée qu’aux pensions et allocations de retraite ou de chômage perçues par des personnes dont les derniers revenus fiscaux connus (soit ceux de l’avant-dernière année au titre de laquelle elle est prélevée) étaient supérieurs au seuil d’assujettissement à la taxe d’habitation de certaines catégories de contribuables, notamment les personnes de plus de 60 ans et les veufs et veuves. Ce seuil de perte d’exonération de CSG, maintenu et revalorisé depuis lors, correspond en 2014 à un revenu fiscal de référence de 10 224 € pour la première part de quotient familial, majoré de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire (article 1417 du code général des impôts)¹. Une règle complémentaire spécifique aux allocations de chômage a également conduit, lors de la création de la CSG, à exclure de son assiette celles des allocations pour lesquelles le prélèvement de la contribution en diminue le montant en deçà du SMIC brut mensuel.

Au cours des années 1990, les hausses successives du taux de la CSG ont tiré les conséquences d’un diagnostic largement partagé sur la nécessité de diversifier les sources de financement de notre système de protection sociale et de tenir compte de l’extension progressive du champ des bénéficiaires de prestations de sécurité sociale. Si ces hausses ont généralement été accompagnées de baisses de cotisations salariales (dans le cadre d’opérations d’échanges de taux) le législateur a aussi entendu en modérer les effets sur le pouvoir d’achat des bénéficiaires de revenus de remplacement.

A compter de 1997 et de la hausse du taux de la CSG à 3,4% (faisant suite à une première augmentation en 1993), un mécanisme de taux réduits s’est donc ajouté aux règles d’exclusion d’assiette, décrites ci-dessus, pour les pensions de retraites et allocations de chômage : un taux réduit de 1% (porté à 3,8% à compter de 1998) s’est appliqué à ceux de ces revenus perçus par des personnes non assujetties à l’impôt sur le revenu ou redevables d’un montant d’impôt, calculé après application des réductions d’impôts et avant imputation d’éventuels crédits d’impôt, inférieur au seuil de mise en recouvrement de celui-ci (art. 1657, I bis, du code général des impôts). Ce seuil, fixé actuellement à 61 €² est également celui qui a été retenu pour l’assujettissement des pensions de retraite à la contribution de solidarité pour l’autonomie (CASA).

Le tableau ci-après retrace l’historique des taux des cotisations et contributions sociales applicables aux revenus de remplacement.

¹ Pour la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 €, pour la première part, majorés de 3 006 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 13 156 €, 3 621 € et 2 839 €.

² Article 1657, I bis, du code général des impôts.

	Allocations de chômage				Pensions de retraite					
	Cotisation d'assurance maladie	CSG		CRDS	Cotisation d'assurance maladie <i>Base</i>	Cotisation d'assurance maladie <i>Complémentaire</i>	CSG		CASA <i>Champ = celui de la CSG au taux normal</i>	CRDS
		Taux normal	Taux réduit				Taux normal	Taux réduit		
1982	1%	-	-		1%	1%	-	-	-	
1988	1,4%	-	-		1,4%	2,4%	-	-	-	
1991	1,4%	1,1%	-		1,4%	2,4%	1,1%	-	-	
1993	1,4%	2,4%	-		1,4%	2,4%	2,4%	-	-	
1996 ¹	2,6%	2,4%	-	0,5%	2,6%	3,6%	2,4%	-	-	0,5%
1997	2,8%	3,4%	1%	0,5%	2,8%	3,8%	3,4%	1%	-	0,5%
1998	-	6,2% ²	3,8%	0,5%	-	1%	6,2% ³	3,8%	-	0,5%
2004	-	6,2%	3,8%	0,5%	-	1%	6,6%	3,8%	-	0,5%
2013	-	6,2%	3,8%	0,5%	-	1%	6,6%	3,8%	0,3%	0,5%

Du fait des règles de taux particulières qui s'appliquent aux revenus de remplacement, la part du rendement de la CSG assise sur ces revenus est inférieure à la part qu'ils représentent dans l'assiette globale de la contribution⁴. Les taux effectifs de CSG applicables à ces revenus se situent ainsi à des niveaux nettement inférieurs aux taux juridiques : ils s'élèvent respectivement à 1,36% pour les indemnités de chômage, 2,33% pour les retraites de base et 5,07% pour les retraites complémentaires (rendement constaté après application des règles d'exonération et de la règle d'écèlement de la CSG sur les allocations de chômage).

	Assiette <i>en millions d'euros</i>	Rendement <i>en millions d'euros</i>	Taux effectif de CSG
Retraites de base	206 536	4 806	2,33%
Retraites complémentaires	80 172	4 066	5,07%
Indemnités chômage	37 230	506	1,36%
Salariés du secteur privé	543 000	39 261	7,23%

Source : DSS d'après données comptables 2013 Acoess et Unedic.

Champ : tous régimes (sauf dernière ligne)

En matière fiscale, la déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu permet également de limiter l'impact de la CSG pour les bénéficiaires de revenus de remplacement de faibles montants. Le taux réduit de 3,8% est en effet, dans tous les cas, intégralement déductible. Le taux normal de CSG l'est également, pour la fraction mentionnée dans le tableau ci-après.

1 Augmentation du taux par un décret n°95-1356 du 30 décembre 1995 qui prévoyait également de porter le taux à 3,8% à partir de 1997. Un autre décret n°96-1167 du 26 décembre 1996, pour tempérer l'augmentation corrélative de CSG en LFSS 1997, corrige cette augmentation de taux pour le ramener à 2,8% à partir de 1997.

2 Par l'effet du basculement de la cotisation maladie de 2,8% vers la CSG.

3 Par l'effet du basculement de la cotisation maladie de 2,8% vers la CSG, ce qui fait un reliquat de cotisation maladie de 0 pour les retraites de base et de 1% pour les retraites complémentaires

4 Dans leur globalité (en incluant les indemnités journalières) les revenus de remplacement représentent 20% de l'assiette de la CSG pour près de 18 % de son rendement, qui s'élève en prévision 2014 à 16 891 M€ (source : CCSS juin 2014, p. 20 et 25)

Déductibilité à l'impôt sur le revenu de la CSG sur les revenus de remplacement concernés par la mesure	Taux global	Part déductible
Pensions de retraite (de base, complémentaire, supplémentaire)	6,6 %	4,2 %
- majorations pour assistance d'une tierce personne	exonéré	sans objet
Allocations de chômage	6,2 %	3,8 %

Cette déductibilité, qui conduit les ménages concernés à bénéficier d'une diminution globale d'impôt sur le revenu de 10,5 Md€ par an, a plusieurs effets : du fait de la progressivité du barème de l'impôt sur le revenu, elle confère un avantage croissant avec le revenu. Cependant, cet avantage, exprimé en part du revenu, est plus important pour les contribuables situés au milieu de la distribution des revenus, à la limite du seuil d'assujettissement à l'impôt sur le revenu¹.

b) L'existence d'une exonération et d'un taux intermédiaire dont les bornes sont définies selon des critères différents, ainsi que le mécanisme de déductibilité fiscale, engendrent des effets de seuil et des variations du revenu disponible qui limitent l'intelligibilité de la règle de prélèvement

- **La conjonction d'un barème de taux, du mécanisme de déductibilité et, pour le passage de l'exonération au taux réduit, du cumul avec la perte d'exonération de TH engendre des effets de seuils très importants**

Pour les personnes percevant une allocation de chômage, l'application de la règle d'« écrêtement » conduit à lisser le montant de CSG précomptée par l'UNEDIC afin que celui-ci ne réduise pas le revenu net disponible après prélèvements sociaux en deçà du SMIC brut. Cette règle conduit en pratique à appliquer des taux nuls sur la très grande part des allocations de chômeurs, ceux-ci étant progressifs au-delà. Pour les retraités ayant de faibles revenus, en revanche, un euro supplémentaire déclaré peut engendrer une perte de revenu de 4,3% du montant total de la pension en cas de passage de l'exonération de CSG et de CRDS au taux réduit de CSG (3,8%) et à la CRDS (0,5%), ou une perte de 3,1% en cas de passage d'une situation « taux réduit de CSG + CRDS » (4,3%) à une situation « taux normal de CSG + CRDS + CASA » (7,4%).

De plus, la CSG à 3,8% étant entièrement déductible de l'assiette de l'impôt sur le revenu et celle à 6,6% l'étant à hauteur de 4,2%, l'assujettissement à la CSG rétroagit en matière fiscale : le passage du taux nul au taux réduit au titre d'une pension versée au cours d'une année N peut conduire à nouveau à un assujettissement au taux nul de la même pension en N+1, puis à un nouvel assujettissement au taux réduit deux ans plus tard : un effet de « va-et-vient » est ainsi observé, qui peut faire varier tous les deux ans le revenu disponible après CSG – alors même que le montant de revenu de remplacement est inchangé (cf. l'exemple ci-dessous).

Le passage du taux réduit au taux normal permet également, en ce qui concerne les pensions de retraite², de minorer le revenu fiscal de référence de 0,4 point supplémentaires (la fraction de CSG déductible passant de 3,8 points avec le taux réduit à 4,2 points avec le taux normal).

Enfin, l'effet de seuil en cas de passage de l'exonération de CSG au taux réduit est d'autant plus important qu'elle succède à la perte de l'exonération de taxe d'habitation l'année précédente.

Exemple 1 : soit une personne célibataire de plus de 65 ans dont les revenus de l'année 2012 déclarés en 2013 se constituent uniquement de pensions de retraite (base et complémentaire) pour un montant de 1 150 € par mois ou 13 800 € par an. Le revenu fiscal de référence (RFR) 2012 calculé après application de l'abattement de 10% et d'un abattement forfaitaire de 2 332 € lié à l'âge (abattement prévu à l'article 157 bis du CGI pour les plus de 65 ans) s'élève à 10 108 €. Ce montant est supérieur de 84 € au seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation (10 024 € en 2012). Par conséquent, la CSG est précomptée au taux de 3,8% (soit 524 € sur l'année) et la CRDS au taux de 0,5% (69 € sur l'année) sur les pensions de retraite versées en 2014. Le revenu disponible net de 2014 est donc de 13 207 € après déduction de la CSG et de la CRDS Or, la CSG, intégralement déductible, vient minorer le revenu fiscal de référence qui sera calculé en 2015 sur les revenus 2014 (le RFR 2014 s'élève cette fois à 10 108 € - 524 € = 9 584 €). En 2016, la pension de retraite sera ainsi, à nouveau, exonérée de CSG et de CRDS. Le revenu net disponible sera alors de 13 800 €.

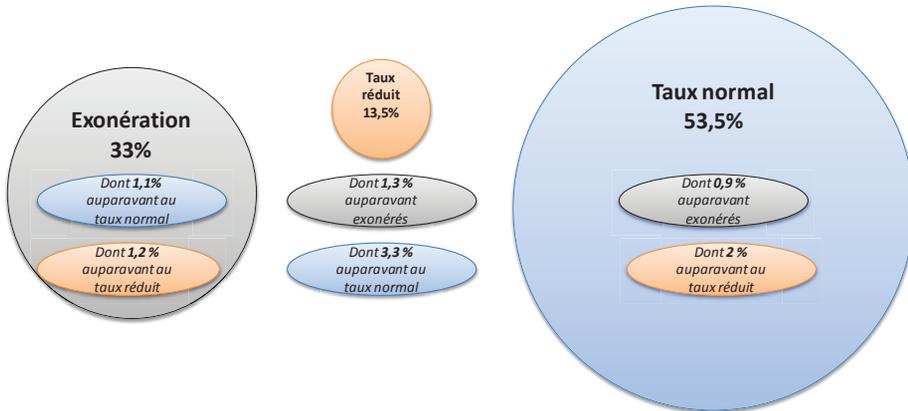
Cette exonération au titre de 2016 entraînera elle-même une hausse du RFR et un nouvel assujettissement à la CSG en 2018 au taux de 3,8% ainsi qu'à la CRDS, etc.

¹ Rapport du groupe de travail sur la fiscalité des ménages, avril 2014, p. 16.

² Comme indiqué dans le tableau ci-dessus, en ce qui concerne les allocations de chômage le passage du taux réduit au taux normal de 6,2% est sans impact sur le revenu fiscal, la fraction déductible restant fixée à 3,8%.

- En pratique, près d'un retraité sur 10 voit le taux de CSG précompté sur sa pension changer d'une année sur l'autre

9,8% des assurés percevant des pensions servies par la CNAVTS ont été assujettis en 2013 à un taux de CSG différent de celui qui leur était applicable en 2012 (soit 1,32 millions de pensionnés sur un total de 13,5 millions) ainsi que l'illustre le graphique ci-après :



Source : CNAVTS (champ régime général, portant sur 13 499 080 pensions de retraite de base servies en 2013)

Lecture : en 2013, 33% de pension de retraite de base ont été exonérées de CSG. Parmi ces 33%, 1,1% étaient assujetties à la CSG au taux de 6,6% l'année précédente et 1,2% étaient assujetties au taux à 3,8%.

Parmi les 46,5% de retraités exonérés ou soumis au taux réduit de CSG, 6,9% étaient assujetties en N-1 à un autre taux que celui qu'il leur est appliqué, soit 930 000 retraités pour lesquels la variation de revenu qui en est résulté a pu s'accroître dans certains cas par le couplage du seuil social avec le seuil fiscal d'assujettissement à la taxe d'habitation¹.

- Cette relative volatilité du taux de la CSG applicable aux revenus de remplacement peut se comprendre comme la contrepartie des avantages résultant de l'application de mécanismes favorables à ces revenus : les changements de taux trouvent leur source dans l'existence d'une exonération, d'un taux réduit et d'une déductibilité partielle en matière fiscale. Pour autant, son ampleur pourrait être limitée par la déconnexion juridique de seuils sociaux et fiscaux, et son intelligibilité se trouverait renforcée par l'utilisation d'un critère unique de RFR pour différencier l'assujettissement au taux réduit et au taux normal. Le critère de cotisation d'impôt ne permet pas de prendre en compte la réalité des capacités contributives

La coexistence d'un critère de revenu fiscal de référence, pour l'assujettissement des revenus de remplacement au taux réduit de CSG, et d'un critère de cotisation d'impôt sur le revenu, pour l'assujettissement au taux normal, résulte d'une sédimentation de règles poursuivant un objectif similaire de progressivité de l'imposition des revenus de remplacement.

Au regard de cet objectif, la référence à un montant de cotisation d'impôt paraît en définitive très peu pertinente au regard de la progressivité de l'impôt en début de barème et parce que cette règle conduit à retarder l'entrée dans le taux normal de CSG de contribuables qui bénéficient de réduction d'impôts et déclarent des revenus globaux dont le montant, en l'absence de ces réductions, devrait logiquement conduire à l'assujettissement de leurs revenus de remplacement à la CSG à taux plein. Les réductions d'impôt confèrent en effet aux contribuables un avantage pouvant atteindre 10 000 € ou 18 000 €² par an, compte tenu du mécanisme de plafonnement des niches fiscales depuis 2009³. De ce fait, deux retraités ayant des revenus identiques peuvent être traités de manière différente au regard de la CSG. En pratique, un retraité ayant des revenus élevés peut même bénéficier d'un taux de CSG moins élevé qu'une personne ayant des revenus plus faibles.

Exemple 2 : soit deux pensions de retraite constituant l'unique source de revenus, au cours d'une année N, de deux contribuables A et B, âgés de moins de 65 ans. A bénéficie de 3 000 € de réduction d'impôt venant réduire l'impôt dû sur

¹ Tous régimes confondus, la part des pensions dont le taux de CSG varie est supposée similaire (la part globale des retraites assujetties au taux normal étant plus importante en raison de la forte linéarité des carrières des pensionnés des régimes spéciaux).

² Pour les avantages fiscaux liés aux investissements outre-mer ainsi qu'aux souscriptions au capital de sociétés de financement du cinéma et de l'audiovisuel (SOFICA).

³ Art. 91 de la loi de finances initiale pour 2009.

ses revenus de l'année N. B ne bénéficie d'aucune réduction d'impôt. Les pensions de A et B sont supérieures au seuil d'exonération de la CSG-CRDS et de la taxe d'habitation.

En N + 2, à législation inchangée, pour pouvoir bénéficier du taux réduit de CSG :

La pension de A doit être inférieure à 2 676 € par mois ou 32 110 € sur l'année. Avec un tel revenu, sa cotisation d'IR 2013 s'élève en effet à 3 059 € avant réduction d'impôt et est nulle après application de celui-ci.

La pension de B doit être inférieure à 1 144 € par mois ou 13 726 € sur l'année (ce qui correspond à un revenu fiscal de référence de 12 353 € après abattement).

Pour de nombreux titulaires de revenus de remplacement, actionnant ponctuellement une réduction d'impôt (par exemple, à l'occasion de la réalisation de travaux d'amélioration de l'efficacité énergétique de leur logement), le système actuel produit, l'année suivante, un effet d'aubaine généralement non anticipé.

Il en résulte, en outre, que les réductions d'impôt sur le revenu, en raison de ce gain « dérivé » au titre de la CSG, peuvent procurer un avantage supérieur pour les titulaires de revenus de remplacement que pour les autres contribuables.

Le fait que le critère de cotisation d'impôt ne soit retenu que pour l'assujettissement au taux normal de CSG conduit à traiter de façon défavorable les bénéficiaires de revenus de remplacement dont les revenus globaux se situent aux alentours du seuil de passage au taux réduit (soit un revenu fiscal de 10 224 € pour l'assujettissement des retraites ou allocations de chômage perçues en 2014). En effet, pour ces derniers, la capacité contributive est appréciée sans prise en compte d'éventuelles réductions d'impôts.

Par ailleurs ce critère est par essence plus volatil que celui basé sur le RFR : il cumule en effet la volatilité propre du revenu, les effets liés à la progressivité du barème – tout particulièrement à son entrée – appliquée sur ce revenu et la volatilité propre des réductions d'impôt (par exemple une légère modification du nombre d'heures d'emploi à domicile auquel à recours le ménage ou dans le montant des dons qu'il effectue).

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

a) Mesure proposée

Conformément aux recommandations du groupe de travail sur la fiscalité des ménages et aux travaux du Haut conseil de financement de la protection sociale, la mesure consiste :

Pour l'assujettissement des revenus de remplacement au taux normal de CSG :

La mesure substitue au critère actuel de la cotisation d'impôt sur le revenu un critère de revenu fiscal de référence qui reflète mieux la capacité contributive des ménages ; cette substitution devrait aussi avoir pour effet une limitation des « entrées-sorties » annuelles entre le taux normal et le taux réduit, la volatilité du critère de revenu fiscal de référence étant moindre que celle du montant d'impôt sur le revenu dû ;

Pour déterminer le taux de CSG applicable en 2015, on retient un seul de 13 900 € de revenu fiscal de référence 2013 (impôt 2014 sur les revenus de 2013) pour un célibataire, augmenté de 26,7% par demi-part fiscale supplémentaire (soit 3 711 €), ce qui correspond à la même échelle d'équivalence que celle en vigueur pour la fixation des seuils d'assujettissement à la taxe d'habitation (cf. tableau ci-dessous).

Ce seuil de 13 900 € équivaut à une retraite brute mensuelle de 1 456 € pour un célibataire de plus de 65 ans.

Pour la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion, d'une part, et la Guyane et Mayotte, d'autre part, la valeur de la première part de coefficient familial est fixée à 15 207 € et 15 930 €.

La première demi-part suivante est égale à la valeur de la première demi-part supplémentaire en Métropole affectée d'un coefficient de 1,1 (Guadeloupe, Martinique, Réunion) et 1,15 (Guyane, Mayotte).

Les demi-parts suivantes dans les territoires ultramarins ont la même valeur que la première demi-part métropolitaine (3 177 €)

Pour l'assujettissement au taux réduit de ces mêmes revenus :

La mesure consiste à fixer un montant de RFR distinct équivalent à celui qui est actuellement pris en compte pour la taxe d'habitation et qui sera revalorisé en fonction de l'inflation, ce qui permettra de limiter les effets de cumul du franchissement des seuils sociaux et fiscaux concernés.

Pour déterminer le taux de CSG applicable en 2015, on retient un seul de 10 633 € de revenu fiscal de référence 2013 (impôt 2014 sur les revenus de 2013) pour un célibataire, majoré de 2 839 € par demi-part supplémentaire. [Ce seuil est donc légèrement supérieur à celui qui permet d'être exonéré de taxe d'habitation (10 224 euros en 2014, 10 633 euros l'année prochaine du fait de la revalorisation de 4% du seuil)].

Pour la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion d'une part et la Guyane et Mayotte d'autre part, la valeur de la première part de coefficient familial est fixée à 12 602 € et 13 177 €.

La première demi-part suivante est égale à la valeur de la première demi-part supplémentaire en Métropole affectée d'un coefficient de 1,1 (Guadeloupe, Martinique, Réunion) et 1,15 (Guyane, Mayotte).

Les demi-parts suivantes dans les territoires ultramarins ont la même valeur que la première demi-part métropolitaine (2 839 €)

Les seuils retenus sont présentés dans le tableau ci-après.

Nombre de parts fiscales	Seuil de passage de l'exonération au taux réduit de CSG			Seuil de passage du taux réduit au taux normal de CSG		
	Métropole	Guadeloupe, Martinique, Réunion	Guyane, Mayotte	Métropole	Guadeloupe, Martinique, Réunion	Guyane, Mayotte
1ère part de coefficient familial	10 633 €	12 582 €	13 156 €	13 900 €	15 207 €	15 930 €
1ère demi-part supplémentaire	2 839 €	3 123 €	3 265 €	3 711 €	4 082 €	4 268 €
Demi-parts suivantes	2 839 €	2 839 €	2 839 €	3 711 €	3 711 €	3 711 €

b) Autres options possibles

S'agissant de la CSG sur les revenus de remplacement, l'institution de nouveaux taux intermédiaires (par exemple 0 / 1,5 / 3,8 / 5 / 6,6) ou la création d'un taux croissant linéaire entre deux seuils de revenus permettrait de mieux lisser ce prélèvement. Cette solution aurait toutefois pour conséquence immédiate de faire un nombre important de perdants parmi les personnes ayant les revenus les plus faibles, dont le taux de CSG serait par exemple passé de 3,8 à 5% - sauf à engendrer des coûts importants. Elle a aussi le défaut de rendre moins lisible la règle de prélèvement qui l'est déjà peu (même en cas de création d'un taux croissant linéaire, dès lors qu'aurait été maintenue l'exclusion de l'assiette de la CSG pour les revenus perçus par les contribuables percevant moins d'un certain montant de revenus).

Une option consistant à déconnecter non seulement le second seuil applicable en matière de CSG sur les revenus de remplacement (seuil d'assujettissement à la CSG à 6,6% et à l'impôt sur le revenu) mais également le seuil de passage de l'exonération au taux réduit de CSG et à la taxe d'habitation aurait également pu être envisagée : l'objectif de dispersion des effets de seuils aurait en effet pu conduire à fixer un nouveau seuil social à un niveau supérieur à celui déclenchant l'assujettissement à la taxe d'habitation. L'option privilégiée est celle consistant à ce que les deux seuils sociaux d'assujettissement à la CSG acquièrent une autonomie juridique, en étant fixés à des niveaux distincts de ceux en vigueur pour l'assujettissement à l'impôt sur le revenu.

De façon accessoire, il peut être noté qu'une réforme globale de la CSG sur les revenus de remplacement, consistant à maintenir un ou plusieurs taux réduits pour les contribuables modestes et à aligner, pour les autres, le taux normal de la CSG sur celui de la CSG activité prélevée sur les salaires au taux unique de 7,5%, figure parmi les pistes qui sont régulièrement évoquées s'agissant de ce prélèvement. Une telle réforme ne serait pas conforme à l'objectif recherché : la mesure vise à limiter les effets de seuils et à mieux prendre en compte les capacités contributives, sans viser une uniformisation des niveaux de vie des actifs et des retraités qui renvoie à une problématique dont les termes ont d'ailleurs été renouvelés du fait des évolutions récentes de l'assiette et du barème de l'impôt sur le revenu.

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

Le projet modifie les articles relatifs à l'assiette et aux taux de la contribution sociale généralisée. Il relève ainsi du 3° 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été

saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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. Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée aux articles L. 136-2 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

A l'occasion de cette mesure, les dispositions éparées relatives au recouvrement des cotisations et contributions sociales sur les revenus de remplacement – sur un champ cohérent avec celui couvert par la notion de revenus de remplacement en matière de CSG – sont regroupées au sein de la section première du chapitre premier du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale. L'article L. 130-1, qui est sans lien avec cette matière, est déplacé dans une section nouvelle du chapitre du code de la sécurité sociale consacré aux déclarations sociales (cf. nouvel article L. 133-10) ; il est précisé à cette occasion que les règles d'arrondis ainsi visées s'appliquent bien aux déclarations adressées aux organismes, les calculs individuels des cotisations effectués au niveau individuel et figurant sur les bulletins de paie restant eux en centimes depuis toujours.

Le principe général à tous les régimes, du précompte des cotisations et contributions sur ces revenus est rappelé et la rédaction de l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale est reprise pour tenir compte de la recodification du code du travail et du code rural et des évolutions législatives intervenues depuis. Les articles du III de l'article L. 136-5, L. 243-2, L. 244-1, L. 244-11, L. 244-14 et L. 612-9 du code de la sécurité sociale, de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime et de l'article 14 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont adaptés en conséquence.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 130-1 du code de la sécurité sociale sera supprimé (cf. ci-dessus)

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			0	0	0

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Après entrée en vigueur de la réforme, 700 000 personnes, soit plus de 3% des bénéficiaires de revenus de remplacement, situées à 80% dans les 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} déciles de niveau de vie, sont rendues éligibles au taux réduit de CSG et à l'exonération de CASA. Le nouveau critère est en effet, pour les ménages ne bénéficiant pas de réductions d'impôt plus favorable que l'ancien, et ce, quel que soit le nombre de parts fiscales du foyer : en effet, dans le système actuel, une personne célibataire n'ayant aucune réduction d'impôt en 2013 ne bénéficie pas du taux réduit de CSG en 2014 dès lors que ses revenus 2012 excèdent 12 144 euros, soit une pension brute de plus de 1 248 euros, correspondant à peu près au niveau de pension médian.

Afin de permettre aux retraités et chômeurs aux revenus moyens de bénéficier de l'effet de la réduction d'impôt de 2014 sur leur taux de CSG, il est proposé de relever ce seuil de passage du taux réduit au taux plein à 13 900 euros, soit un niveau équivalent à une pension de retraite brute moyenne de 1 456 euros pour un retraité célibataire de plus de 65 ans. Ce seuil est proche du nouveau seuil d'imposabilité applicable en 2014, désormais rehaussé à 13 834 euros du fait de la réduction d'impôt exceptionnelle (dans le cas d'une personne n'ayant aucune autre réduction d'impôt).

Le gain moyen mensuel pour les ménages gagnants sera de 46 €, (soit environ 34 € par personne gagnante en moyenne).

A l'inverse, un ménage bénéficiant d'une ou plusieurs réductions d'impôt peut bénéficier du taux réduit de CSG alors que ses revenus seraient plus élevés que ce montant, dès lors que l'impôt sur le revenu finalement dû après réductions

d'impôt s'avère inférieur à 61 euros. La fixation d'un critère de RFR conduira à maintenir aux taux normal de CSG les ménages dans une telle situation.

Ainsi, les personnes dont le RFR est supérieur à 13 900 euros mais qui sont elles aussi devenues non imposables depuis 2014 du fait de la réduction d'impôt exceptionnelle (parce que cette réduction d'impôt s'ajoute dans leur cas à d'autres réductions d'impôts auxquelles elles étaient déjà éligibles) ne bénéficieront pas, pour leur part, de la baisse du taux de CSG qui leur aurait profité en l'absence de changement de critère. Leur situation est donc inchangée par rapport à 2014.

Par ailleurs, les personnes qui ont un niveau de revenu supérieur à ce seuil mais qui bénéficiaient jusqu'à présent du taux réduit de CSG de 3,8% grâce à des réductions d'impôt importantes n'auront plus cette possibilité en 2015, le taux de CSG étant désormais déterminé en fonction du niveau de revenu. 460 000 personnes, réparties entre le 4ème et le 10ème décile de revenus et dont le montant de pension brut est toujours supérieur à 1 456 euros par mois pour un célibataire, perdront donc le bénéfice du taux réduit de CSG et ne seront plus exonérées de CASA. Il s'agit pour la plupart de personnes appartenant à des foyers bénéficiant de réductions d'impôt sur le revenu (autres que la réduction exceptionnelle de 2014 sur les bas revenus). Cela représente un peu moins de 2,3% des bénéficiaires de revenus de remplacement. La perte moyenne pour ces ménages augmente avec le niveau de vie. Elle s'élève en moyenne à 66 € par ménage perdant par mois tous déciles de revenus confondus (soit environ 46 euros par personne perdante).

Ce bilan doit être comparé avec les changements de taux qui conduisent de façon automatique, chaque année, en l'absence de réforme, à ce que près de 4,2% des retraités voient augmenter le niveau de la CSG dont ils sont redevables (cf. le graphique ci-dessus : 1,3% passent de l'exonération au taux réduit et 2,9% passent de l'exonération ou du taux réduit au taux normal). Ces mouvements créent annuellement des perdants en nombre important parmi les ménages appartenant aux déciles de revenus modestes, alors que les perdants de la mesure proposée seront exclusivement situés dans les déciles moyens et supérieurs. En outre, grâce à la mesure, le nombre de foyers affectés par ces changements sera considérablement réduit.

b) impacts sociaux

La mesure permet d'améliorer la portée du dispositif de taux réduits de CSG en faisant en sorte qu'il atteigne au mieux son objectif de prise en compte de la situation des retraités aux revenus les plus modestes.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mise en œuvre de la mesure ne nécessite pas la réalisation de démarches de la part des assurés (cf. le point suivant).

En outre, l'uniformisation des critères d'assujettissement à la CSG des revenus de remplacement est susceptible de réduire le nombre de sollicitations et de réclamations des bénéficiaires auprès des organismes de sécurité sociale occasionnés par une difficulté de compréhension de la règle de prélèvement.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Les opérations de précompte de CSG sont effectuées par les caisses de retraites sur la base de fichiers transmis par la DGFIP. Les caisses pratiquant des précomptes de CSG sur les pensions de retraite devront modifier leur système d'informations et les flux d'informations avec les services fiscaux pour les opérations de contrôle sur les revenus servant à l'application du nouveau critère d'assujettissement à la CSG au taux normal, ainsi que pour les opérations de régularisation.

L'abrogation des dispositions du III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale qui prévoyait – bien qu'en pratique elles n'étaient pas appliquées systématiquement – un recouvrement par l'Acoss et non les organismes locaux de la CSG sur l'ensemble des revenus de remplacement à l'exception des allocations chômage et des retraites agricoles permettra de mettre en place, à la fois pour les cotisations et les contributions, des modalités de gestion entre le niveau central et le niveau local plus adaptées et efficaces.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La modification des seuils d'assujettissement à la CSG est d'application directe. Par ailleurs, pour répondre à une observation de la Cour des comptes, les modalités d'imputation comptables seront précisées par décret pris sur le fondement de l'habilitation générale figurant à la fin du livre 1 du code de la sécurité sociale (art. L. 184-1), afin de préciser que la CSG due sur les revenus de remplacement est rattachée aux comptes de l'exercice au titre duquel sont dus ces revenus.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et ne nécessite pas de mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes concernés devront garantir l'information des assurés concernés dès l'entrée en vigueur de la mesure.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS susceptible de jouer cet office. Un suivi statistique des sommes assujetties au titre du dispositif concerné sera assuré par l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 130-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 130-1 modifié du code de la sécurité sociale
Le montant des cotisations et des assiettes sociales visées au présent code et au code rural et de la pêche maritime est arrondi au franc ou à l'euro le plus proche. La fraction de franc ou d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1	<i>Le montant des cotisations et des assiettes sociales visées au présent code et au code rural et de la pêche maritime est arrondi au franc ou à l'euro le plus proche. La fraction de franc ou d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1</i>
	Article L. 131-0 nouveau du code de la sécurité sociale
	Les cotisations et contributions dues sur les avantages de retraite, d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve des dispositions du II bis de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, allocations ou revenus, par l'organisme débiteur de ces revenus. Elles sont rattachées aux comptes de l'exercice au titre duquel ont été versés les revenus mentionnés à l'alinéa précédent.
Article L. 131-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 131-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 351-2 du code du travail, sur les allocations versées en application de l'article L. 1233-68, des troisième (1°), cinquième (4°), sixième (5°) et septième alinéas de l'article L. 322-4, sur les rémunérations versées en application du quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3, sur les allocations versées en application du troisième alinéa de l'article L. 322-11, des articles L. 351-19, L. 351-25 et L. 731-1 du même code et de l'article L. 521-1 du code des ports maritimes, ainsi que sur les allocations versées par application des accords mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail.</p> <p>Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est également prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article L. 322-4 du code du travail, de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982, ainsi que des ordonnances n° 82-297 et n° 82-298 du 31 mars 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. Les taux qui leur sont applicables sont fixés par décret.</p>	<p><i>Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 351-2 du code du travail, sur les allocations versées en application de l'article L. 1233-68, des troisième (1°), cinquième (4°), sixième (5°) et septième alinéas de l'article L. 322-4, sur les rémunérations versées en application du quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3, sur les allocations versées en application du troisième alinéa de l'article L. 322-11, des articles L. 351-19, L. 351-25 et L. 731-1 du même code et de l'article L. 521-1 du code des ports maritimes, ainsi que sur les allocations versées par application des accords mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail.</i></p> <p><i>Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est également prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article L. 322-4 du code du travail, de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982, ainsi que des ordonnances n° 82-297 et n° 82-298 du 31 mars 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. Les taux qui leur sont applicables sont fixés par décret.</i></p> <p>Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les allocations, indemnités aides et rémunérations perçues par les travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation totale ou partielle d'activité versées en application des dispositions des articles L. 5421-2, L. 5425-2, L. 5422-1, L. 5122-4, L. 5122-1, L. 1233-68, L. 1233-72, L. 5123-2, L. 5123-3 et L. 5424-6 du code du travail, ainsi que de l'article L.</p>

<p>Le prélèvement de la cotisation ne peut avoir pour effet de réduire les avantages mentionnés au présent article à un montant net inférieur au seuil d'exonération établi en application des articles L. 242-12 et L. 711-2 du présent code et 1031 du code rural.</p> <p>Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.</p>	<p>5343-18 du code des transports.</p> <p>Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est également prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. Les taux qui leur sont applicables sont fixés par décret.</p> <p>Le prélèvement de la cotisation ne peut avoir pour effet de réduire les avantages mentionnés au présent article à un montant net inférieur au seuil d'exonération établi en application des articles L. 242-12 et L. 711-2 du présent code et 1031 du code rural L. 741-14 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.</p>
	<p>Art. L. 133-10 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Le montant des cotisations et des assiettes sociales déclarées aux organismes de sécurité sociale en application des dispositions du présent code ou du code rural et de la pêche maritime est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.</p>
<p>Article L. 136-2 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 136-2 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>[...]</p> <p>III.- Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :</p> <p>1° Les allocations de chômage visées à l'article L. 131-2, perçues par des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. En outre, la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance ;</p> <p>2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article ou qui sont titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le fonds spécial visé à l'article L. 814-5. Ces conditions de ressources sont celles qui sont applicables pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ;</p> <p>[le reste sans changement]</p>	<p>[...]</p> <p>III.- Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :</p> <p>1° Les allocations de chômage visées à l'article L. 131-2, perçues par des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8. En outre, la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance ;</p> <p>2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article mentionnés au III de l'article L. 136-8 ou qui sont titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le fonds spécial visé à l'article L. 814-5. Ces conditions de ressources sont celles qui sont applicables pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ;</p> <p>[le reste sans changement]</p>

Art. L. 136-5 actuel du code de la sécurité sociale	Art. L. 136-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I.-Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 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 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 les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>I.-Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 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 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 les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>

<p>et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles et au recouvrement de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>II bis.-La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve s'agissant des revenus d'activité qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un précompte par l'employeur, et la contribution portant sur les avantages mentionnés au 6° du II de l'article L. 136-2 sont établies, recouvrées et contrôlées dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>V.-Les règles édictées ci-dessus donnent lieu à application :</p> <p>1° Des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II dans leur 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</p>	<p>et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles et au recouvrement de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>II bis.-La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve s'agissant des revenus d'activité qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un précompte par l'employeur, et la contribution portant sur les avantages mentionnés au 6° du II de l'article L. 136-2 sont établies, recouvrées et contrôlées dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>V.-Les règles édictées ci-dessus donnent lieu à application :</p> <p>1° Des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II dans leur 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</p>
---	---

<p>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>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 align="center">Article L. 136-8 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">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 ;</p> <p>2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.</p> <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.</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 % aux taux de 3,8% ou 6,2%, selon les dispositions du III, 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 % aux taux de 3,8% ou de 6,6%, selon les dispositions du III, les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.</p> <p>III.- Les taux mentionnés au 1° et au 2° du II s'appliquent :</p> <p>1° Pour ceux de 6,2% et 6,6%, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes 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 13 900 €, pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 €, pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 €.</p> <p>2° Pour celui de 3,8%, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts est inférieur aux seuils mentionnés à l'alinéa précédent et excède 10 633 €, pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire, retenues pour le calcul de l'impôt sur le revenu afférent auxdits revenus. Pour la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 €, pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 13 156 €, 3 265 € et 2 839 €.</p>

	<p>€ ;</p> <p>Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour l'exercice 2015. Pour les exercices ultérieurs ils sont revalorisés conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1.</p> <p><i>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.</i></p> <p>IV.- [le reste sans changement]</p>
Article L. 137-11-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 137-11-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les rentes versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L. 137-11 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire.</p> <p>Les rentes versées au titre des retraites liquidées avant le 1er janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 500 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 500 € et inférieure ou égale à 1 000 € par mois ; - 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 1 000 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ; - 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois. <p>Les rentes versées au titre des retraites liquidées à compter du 1er janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 400 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 400 € et inférieure ou égale à 600 € par mois ; - 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 600 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ; - 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois. <p>Ces valeurs sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond défini à l'article L. 241-3 et arrondies selon les règles définies à l'article L. 130-1. La contribution est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes.</p>	<p>Les rentes versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L. 137-11 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire.</p> <p>Les rentes versées au titre des retraites liquidées avant le 1er janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 500 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 500 € et inférieure ou égale à 1 000 € par mois ; - 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 1 000 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ; - 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois. <p>Les rentes versées au titre des retraites liquidées à compter du 1er janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 400 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 400 € et inférieure ou égale à 600 € par mois ; - 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 600 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ; - 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois. <p>Ces valeurs sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond défini à l'article L. 241-3 et arrondies selon les règles définies à l'article L. 130-1 à l'euro le plus proche, la fraction égale à 0,50 comptant pour 1. La contribution est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes.</p>
Article L. 243-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 243-2 modifié du code de la sécurité sociale
Les cotisations dues sur les avantages de retraite et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à	Les cotisations dues sur les avantages de retraite et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à

<p>l'article L. 131-2 sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme débiteur de ces avantages ou allocations.</p> <p>Les dispositions des sections 2 à 5 du présent chapitre, du chapitre 4 du Titre IV du présent Livre et des articles L. 133-1 et L. 374-1 du présent code s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées à l'alinéa ci-dessus, sous réserve d'adaptations fixées par voie réglementaire.</p>	<p>l'article L. 131-2 sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme débiteur de ces avantages ou allocations.</p> <p>Les dispositions des sections 2 à 5 du présent chapitre, du chapitre 4 du Titre IV du présent Livre et des articles L. 133-1 et L. 374-1 du présent code s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées à l'alinéa ci-dessus dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section première du chapitre premier du titre III du livre premier, sous réserve d'adaptations fixées par voie réglementaire.</p>
<p>Article L. 244-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 244-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>L'employeur ou le travailleur indépendant, qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, est poursuivi devant le tribunal de police, soit à la requête du ministère public, éventuellement sur la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, soit à la requête de toute partie intéressée et, notamment, de tout organisme de sécurité sociale.</p>	<p>L'employeur ou le travailleur indépendant. Le cotisant, qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, est poursuivi devant le tribunal de police, soit à la requête du ministère public, éventuellement sur la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, soit à la requête de toute partie intéressée et, notamment, de tout organisme de sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 244-11 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 244-11 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur ou un travailleur indépendant, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3.</p>	<p>L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur ou un travailleur indépendant, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3.</p>
<p>Article L. 244-14 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 244-14 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Tout agent ou ancien agent d'un organisme de sécurité sociale qui, soit en activité, en position de congé ou de disponibilité, soit après admission à la retraite, soit après démission ou révocation et pendant un délai de cinq ans à compter de la cessation de ses fonctions, intervient, moyennant rémunération, prend ou reçoit une participation par travail, conseils ou capitaux dans une entreprise en vue de faire obtenir par des employeurs ou travailleurs indépendants une remise, totale ou partielle, sur les sommes qui leur sont réclamées par les organismes de sécurité sociale en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, sera puni d'un emprisonnement de deux ans et de 4 500 euros d'amende.</p> <p>Le tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne et affiché dans les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant sans que le coût total de ces différentes opérations puisse dépasser 15 euros.</p> <p>Les employeurs ou travailleurs indépendants considérés comme complices seront frappés des mêmes peines.</p>	<p>Tout agent ou ancien agent d'un organisme de sécurité sociale qui, soit en activité, en position de congé ou de disponibilité, soit après admission à la retraite, soit après démission ou révocation et pendant un délai de cinq ans à compter de la cessation de ses fonctions, intervient, moyennant rémunération, prend ou reçoit une participation par travail, conseils ou capitaux dans une entreprise en vue de faire obtenir par des employeurs ou travailleurs indépendants cotisants une remise, totale ou partielle, sur les sommes qui leur sont réclamées par les organismes de sécurité sociale en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, sera puni d'un emprisonnement de deux ans et de 4 500 euros d'amende.</p> <p>Le tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne et affiché dans les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant sans que le coût total de ces différentes opérations puisse dépasser 15 euros.</p> <p>Les employeurs ou travailleurs indépendants cotisants considérés comme complices seront frappés des mêmes peines.</p>
<p>Article L. 612-9 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 612-9 du code de la sécurité sociale modifié</p>
<p>Les cotisations sont recouvrées selon des modalités fixées par décret.</p> <p>Les cotisations dues sur les allocations ou pensions de retraite prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 612-4 sont précomptées dans des conditions fixées par décret lors du versement par l'organisme débiteur de ces</p>	<p>Les cotisations sont recouvrées selon des modalités fixées par décret.</p> <p>Les cotisations dues sur les allocations ou pensions de retraite prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 612-4 sont précomptées dans des conditions fixées par décret lors du versement par l'organisme débiteur de ces pensions ou</p>

pensions ou allocations.	<i>allocations.</i>
Article L. 14-10-4 actuel du code de l'action social et des familles	Article L. 14-10-4 du code de l'action social et des familles
<p>Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p> <p>1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;</p> <p>1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ;</p> <p>2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;</p> <p>3° Une fraction de 0,1 point du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du même code ;</p> <p>4° Une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause. Le montant de cette participation est revalorisé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;</p>	<p>Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p> <p>1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;</p> <p>1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts 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 le seuil mentionné au deuxième alinéa du III de l'article L. 136-8. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de à l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ;</p> <p>2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;</p> <p>3° Une fraction de 0,1 point du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du même code ;</p> <p>4° Une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause. Le montant de cette participation est revalorisé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;</p>

<p>5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.</p>	<p>5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.</p>
<p>Article L. 761-10 actuel du code rural et de la pêche maritime actuel</p>	<p>Article L. 761-10 actuel du code rural et de la pêche maritime modifié</p>
<p>L'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire, spécifique aux assurés des professions agricoles et forestières, est administrée par un conseil d'administration composé de membres des professions agricoles et forestières dont les attributions et la répartition sont fixées par décret.</p> <p>Les modalités de fonctionnement de cette instance de gestion spécifique sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le conseil d'administration fixe, chaque année, les taux de cotisations mentionnées à l'article L. 761-5, pour permettre de garantir le respect de l'équilibre financier du régime et le financement des frais de gestion du régime. Les dispositions de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables à ces cotisations. Le conseil d'administration détermine également les exonérations accordées en cas d'insuffisance des ressources, conformément aux principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa de l'article L. 380-2 du même code.</p> <p>L'affiliation et l'immatriculation au régime local, le recouvrement des cotisations et le service des prestations sont assurés par les caisses de mutualité sociale agricole concernées selon les conditions fixées par une convention conclue entre le conseil d'administration de l'instance de gestion spécifique et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole approuvée par le ministre chargé de l'agriculture.</p> <p>Le contrôle de l'Etat sur la gestion du régime et le fonctionnement de l'instance de gestion spécifique s'exerce dans les mêmes conditions que pour les organismes de mutualité sociale agricole.</p>	<p>L'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire, spécifique aux assurés des professions agricoles et forestières, est administrée par un conseil d'administration composé de membres des professions agricoles et forestières dont les attributions et la répartition sont fixées par décret.</p> <p>Les modalités de fonctionnement de cette instance de gestion spécifique sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le conseil d'administration fixe, chaque année, les taux de cotisations mentionnées à l'article L. 761-5, pour permettre de garantir le respect de l'équilibre financier du régime et le financement des frais de gestion du régime. Les dispositions de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables à ces cotisations. Le conseil d'administration détermine également les exonérations accordées en cas d'insuffisance des ressources, conformément aux principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa évaluées selon les modalités prévues au deuxième alinéa de l'article L. 380-2 du même code.</p> <p>L'affiliation et l'immatriculation au régime local, le recouvrement des cotisations et le service des prestations sont assurés par les caisses de mutualité sociale agricole concernées selon les conditions fixées par une convention conclue entre le conseil d'administration de l'instance de gestion spécifique et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole approuvée par le ministre chargé de l'agriculture.</p> <p>Le contrôle de l'Etat sur la gestion du régime et le fonctionnement de l'instance de gestion spécifique s'exerce dans les mêmes conditions que pour les organismes de mutualité sociale agricole.</p>
<p>Art. 14 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 actuel</p>	<p>Art. 14 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 modifié</p>
<p>[...]</p> <p>III. - La contribution due sur les prestations visées aux 6o, 7o, 8o et 9o du II est précomptée par l'organisme débiteur dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 du code de la sécurité sociale et 1031 du code rural.</p> <p>La contribution prévue au I est recouvrée et contrôlée dans les conditions et sous les garanties et sanctions visées à l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>IV. - Les prestations visées aux 8o et 9o du II, à l'exception de l'allocation logement mentionnée aux articles L. 542-1 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale, ne sont assujetties à la contribution qu'à compter du 1er janvier 1997.</p>	<p>[...]</p> <p>III. - La contribution due sur les prestations visées aux 6o, 7o, 8o et 9o du II est précomptée par l'organisme débiteur dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 du code de la sécurité sociale et 1031 du code rural à l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale.</p> <p>La contribution prévue au I est recouvrée et contrôlée dans les conditions et sous les garanties et sanctions visées à l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>IV. - Les prestations visées aux 8o et 9o du II, à l'exception de l'allocation logement mentionnée aux articles L. 542-1 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale, ne sont assujetties à la contribution qu'à compter du 1er janvier 1997.</p>

ARTICLE 8 – Affiliation des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public

I. Présentation de la mesure

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

a) Plusieurs activités occasionnelles concourant à l'exercice de missions de service public donnent lieu au versement de sommes ; toutefois, pour certaines, une solution d'affiliation opérationnelle fait défaut.

Le droit social pose le principe de l'assujettissement à cotisations de l'ensemble des rémunérations perçues en lien avec l'exercice d'une activité professionnelle et donc à l'affiliation préalable à un régime de sécurité sociale obligatoire de ceux qui les perçoivent. L'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale vaut :

- indépendamment de la dénomination donnée aux sommes concernées ;
- sans considération des contreparties directes, en termes de droit contributifs, qui peuvent être éventuellement attendues des cotisations dues.

Afin de permettre l'application de ce principe y compris dans des situations d'activité occasionnelle, le code de la sécurité sociale prévoit en effet des modalités particulières d'affiliation pour les « collaborateurs occasionnels du service public » (COSP). Le dispositif des COSP, créé au début des années 2000 (codifié à l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale) et dont l'appellation ne doit pas être confondue avec la notion synonyme qui existe en droit administratif¹, a été conçu pour permettre à l'Etat, aux collectivités territoriale et à leurs établissements publics administratifs (ainsi qu'aux autorités administratives indépendantes) de recourir à des experts fournissant un travail occasionnel qui ne peut être réalisé par leurs moyens propres. A titre d'exemple, en cas d'enquête publique, les services territoriaux de l'Etat engagent un commissaire enquêteur extérieur à l'administration. Or la définition de cette catégorie d'assujettis² ne permet pas en pratique d'affilier l'ensemble des personnes participant de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public.

Liste des COSP (décret n° 2000-35 du 17 janvier 2000 modifié)

Justice

1. Experts et traducteurs interprètes
2. Personnes chargées d'une mission de médiation
3. Personnes contribuant au contrôle judiciaire ou sursis avec mise à l'épreuve
4. Délégués du procureur de la République
5. Experts judiciaires
6. Enquêteurs sociaux
7. Médiateurs civils
8. Administrateurs ad hoc nommés par le juge des tutelles ou ceux désignés par le juge d'instruction ou le Procureur de la République

Santé/affaires sociales

9. CNITAAT*: médecins experts, rapporteurs et médecins qualifiés
10. Médecins experts de la commission centrale ou des commissions départementales d'aide sociale
11. Médecins consultés par les commissions départementales d'aide sociale (titulaires d'un DU de gériatrie ou capacité en gérontologie et gériatrie)

12. Hydrogéologues agréés pour un certains nombres d'avis,
13. Médecins coordonnateurs intervenant dans le cadre d'une injonction de soin

Intérieur - Environnement

14. Médecins membres des commissions départementales du permis de conduire
15. Commissaires enquêteurs

Agence Française de Lutte contre le dopage

16. Médecins et vétérinaires anti-dopage

Culture

17. Membres des commissions et comités de lecture du Centre national de la cinématographie

** Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail*

¹ Cf. la décision du Conseil d'Etat, commune de Saint-Priest-la-Plaine du 22 novembre 1946

² Article L. 311-3-21° du code de la sécurité sociale ; décret n° 2000-35 du 17 janvier 2000 modifié par le décret du n°2008-267 du 18 mars 2008; arrêté du 21 juillet 2000 modifié par arrêté du 18 mars 2008.

Le dispositif des COSP permet à l'employeur de déclarer les sommes versées aux URSSAF en bénéficiant d'un abattement du taux des cotisations patronales de sécurité sociale de 20%. Si le COSP est un travailleur indépendant, il a la possibilité de déclarer la somme qui lui est versée au régime social des indépendants (RSI), dont il relève à titre principal, afin d'éviter une double-affiliation au régime général et au régime des indépendants au seul titre de cette activité occasionnelle.

L'absence de solution d'affiliation pour certaines personnes qui participent à une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, notamment dans l'organisation et la délivrance des soins, pour des activités occasionnelles dont le nombre va en se multipliant, constitue un enjeu en termes de simplification administrative et d'atteinte des objectifs des politiques publiques qui s'appuient sur ces activités.

En effet, certains professionnels qui exercent une activité occasionnelle de service public à caractère administratif non mentionnée dans le décret du 17 janvier 2000 souhaitent pouvoir bénéficier à cet effet de garanties minimales en termes de sécurité juridique, sans avoir à assumer une charge administrative supplémentaire. A défaut, le développement des activités concernées risque d'être freiné. Le tableau ci-dessous donne, à titre illustratif, les principaux exemples de sommes pour lesquelles l'administration a été récemment sollicitée, afin d'en définir le régime social.

Sommes pour lesquelles une solution d'affiliation fait défaut	Politique publique impactée
Indemnités pédagogiques versées par les universités aux médecins accueillant dans leur cabinet des étudiants en médecine stagiaires ¹	Santé (le développement des stages constitue l'un des axes de la stratégie nationale de santé)
Indemnités forfaitaires versées par les ARS aux médecins, au titre de la participation à la permanence des soins ambulatoires	Santé
Indemnités compensatrices pour perte de revenus et vacances versées aux membres des comités de protection des personnes (qui évaluent les protocoles de test de nouveaux médicaments sur des personnes) ²	Santé
Indemnités forfaitaires versées, au titre de leurs fonctions électives, aux administrateurs des associations de gestion agréée et des centres de gestion agréée	Accompagnement des entreprises
Indemnités pour perte de gains versées aux représentants des travailleurs indépendants au sein des commissions paritaires professionnelles et interprofessionnelles locales	Service public de la sécurité sociale
Indemnités forfaitaires pour travail réalisé et pour perte de gains versées par les organismes gestionnaires du développement professionnel continu et les commissions scientifiques indépendantes aux professionnels de santé salariés et non salariés en leur qualité de membre de ces organismes.	Formation professionnelle

En l'absence de règle expresse, les URSSAF sont conduites, au cas par cas, à déterminer un régime d'affiliation. Or celui-ci peut s'avérer dans certains cas peu approprié : c'est le cas notamment lorsqu'il est demandé à des médecins salariés de s'affilier au régime social des indépendants (RSI) pour déclarer les sommes correspondant à l'indemnité d'accueil d'un stagiaire : en pratique, cette indemnité ne représente qu'une part limitée du revenu global et la nécessité de s'affilier au RSI pour la déclarer, ainsi que l'incertitude générée, vis-à-vis des organismes de recouvrement des cotisations, s'agissant des périodes antérieures à cette affiliation, peuvent conduire à une interruption de l'activité d'accueil des stagiaires, ainsi que l'ont signalé les organisations gestionnaires de centres de santé. Cette absence de règle expresse ne garantit pas, en outre, une application homogène des décisions d'affiliation sur l'ensemble du territoire national.

Cette situation résulte en partie du fait qu'en l'état actuel du droit, dans tous les cas où une rétribution est versée à des salariés à raison de leurs activités occasionnelles de service public, les cotisations doivent être précomptées par l'organisme qui verse la rétribution. Or un précompte par l'employeur principal, sous réserve de son accord et de celui du salarié, permettrait dans un certain nombre de cas de simplifier la déclaration des sommes concernées : dans le cas

¹ INSTRUCTION N° DGOS/RH1/2011/101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale : l'indemnité est versée par l'UFR et remboursée à celle-ci par l'Agence régionale de santé dans le ressort de laquelle l'étudiant est inscrit : 600€ par mois de stage et par interne. En 2013, les l'indemnisation des maîtres de stage représente 23,7M€ et est financée par le budget du ministère de la santé (programme 204), action n°19, modernisation de l'offre de soins

² Article L. 1123-1 du code de la santé publique, issu de l'article 5 de la loi 2012-300 du 5 mars 2012.

Il y a 546 membres de CPP, exerçant à titre gracieux. Cependant, les membres des CPP qui subissent une perte de revenu du fait de leur participation aux séances perçoivent une indemnité compensatrice pour perte de revenus de 150€ par demi-journée pour les salariés et de 300€ par demi-journée pour les travailleurs indépendants, ainsi que des vacances d'un montant de 67€ fixés par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé. Ce dispositif est évalué à 3,6M€ par an par la Direction générale de la santé.

d'un médecin salarié rétribué à raison de l'encadrement d'un stagiaire accueilli en centre de santé, le paiement de la prime d'encadrement « super brute » par la faculté de médecine au centre de santé permettrait à ce dernier de précompter les cotisations dues au régime général et d'éviter une affiliation au RSI qui engendrerait une charge administrative disproportionnée eu égard au montant en jeu.

b) De façon complémentaire, des exonérations portant sur une série d'indemnités électives, qui s'inspiraient à l'origine de l'exonération des indemnités de mandat des élus locaux supprimées à compter de 2013, ne paraissent plus justifiées.

Les indemnités versées aux élus de chambres d'agriculture et de métiers¹, ainsi que celles versées aux administrateurs élus des organismes de sécurité sociale lorsqu'ils ont la qualité de travailleur indépendant² (d'un montant d'environ 3 M€ par an) bénéficient d'une exonération de cotisations de sécurité sociale en application de la loi du 2 juillet 1998 portant diverses mesures d'ordre économique et financier.

Les objectifs ayant motivé la création de ce mécanisme dérogatoire étaient de deux ordres :

- Lors des débats parlementaires en 1998, il avait été considéré que les élus des organismes consulaires (à l'exception des chambres de commerce et d'industrie) et les élus locaux (dont les indemnités étaient à cette date exonérées) devaient être traités de façon identique au regard du régime social de leurs indemnités de fonction³ ;
- La Cour de cassation avait confirmé des redressements sur les indemnités des présidents et vice-présidents des chambres des métiers, que le législateur entendait au contraire exonérer de tout prélèvement.

Il ne paraît pas légitime, tant au regard des principes fondamentaux de la protection sociale qu'en raison de la normalisation, opérée à compter de 2013, du régime social des indemnités de fonction des élus locaux, de maintenir ces exonérations prévues par la loi du 2 juillet 1998.

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

a) Mesure proposée

Cette mesure consiste à modifier le 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, afin d'ouvrir trois possibilités d'affiliation, pour une liste limitative d'activités qui sera précisée dans un décret d'application, dans un cadre concerté :

- Affiliation au régime général avec paiement des cotisations par l'administration, la personne publique ou l'organisme qui a recours au professionnel ;
- Affiliation au régime social des indépendants et intégration par le professionnel dans ses revenus non salariaux sur lesquels sont assis ses cotisations sociales de la rémunération versée par l'administration, la personne publique ou l'organisme ;
- Ouverture des droits par l'entremise de l'employeur habituel du professionnel. Cette possibilité supposera l'accord de l'employeur habituel ; celui-ci versera le net correspondant au salarié et précomptera les cotisations en même temps que le reste de la rémunération de son salarié.

Un tel circuit déclaratif est similaire à celui prévu pour les administrateurs salariés des organismes de sécurité sociale qui bénéficient d'un maintien de salaire, charge à l'organisme de rembourser à l'employeur les salaires maintenus ainsi que les avantages et cotisations et contributions sociales y afférents (art. L. 231-12 du code de la sécurité sociale).

Pour chaque activité, le décret indiquera laquelle ou lesquelles de ces possibilités de gestion sont ouvertes au regard notamment de la nature de ces activités (par exemple : activité s'identifiant à des prestations assujetties à TVA, activité assimilable à des vacances, etc.)

La mesure aura pour effet d'englober le décret modifié du 17 janvier 2000.

¹ Cf. article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998, article 13.

² Il s'agit des indemnités pour pertes de gains, dont le montant est estimé à 3 M€, qui sont perçues par les travailleurs indépendants siégeant dans les organismes de sécurité sociale des régimes des non salariés (RSI, CNAVPL, CNBF, MSA) ainsi que ceux siégeant en qualité d'employeur dans les organismes de sécurité sociale des régimes de salariés (caisses du régime général, etc.). Les administrateurs salariés ne seraient pas concernés par la mesure : leurs indemnités de « remboursement des salaires maintenus » font l'objet d'un précompte des prélèvements sociaux.

³ Avis de la commission des affaires sociales n° 408 (1997-1998) de M. André JOURDAIN, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 28 avril 1998 : « Les indemnités versées aux élus des chambres professionnelles ne doivent pas être assimilées à un revenu professionnel, mais à l'indemnisation d'une fonction expression de la démocratie professionnelle, comme les indemnités des maires correspondent à l'indemnisation d'une fonction expression de la démocratie locale. Ces indemnités sont censées compenser le temps passé par l'artisan ou le commerçant dans des fonctions collectives qui participent de l'intérêt général. Par ailleurs, il faut rappeler que ces indemnités sont bien entendu soumises à CSG et au RDS. »

Parallèlement, elle supprime l'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 qui exonère les indemnités versées aux élus de chambres d'agriculture et de métiers et les administrateurs des organismes de sécurité sociale ayant qualité de travailleur indépendant.

b) Autres options possibles

Une option envisagée à des fins de simplification pourrait consister à affilier au RSI l'ensemble des personnes concernées. Elle conduirait toutefois à ce que celles de ces personnes dont l'activité principale est salariée soient, après la liquidation de leur retraite, poly-pensionnées, tout en induisant à court terme pour celles-ci une charge administrative supplémentaire importante (démarches d'affiliation).

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

Le projet modifie les articles relatifs à l'affiliation des assurés du régime général et de ceux des régimes des travailleurs indépendants. Il emporte un impact permanent sur les recettes et dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes concernés et donc elle relève ainsi du 2° et du 3° du B et 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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. Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée dans plusieurs articles du code de la sécurité sociale (art. L. 311-3 et L. 242-3).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure abroge l'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable

Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

a) Impact financier global

L'assiette totale des indemnités qui cesseraient de bénéficier d'une exonération intégrale est évaluée à 35 M€ (cf. tableau ci-dessous). Le rendement correspond à l'application à cette assiette du taux global des cotisations patronales et salariales de sécurité sociale du régime général, hors la CSG-CRDS qui sont déjà précomptées, soit un prélèvement de 36,8% en 2015¹.

	Effectif	Assiette en millions d'euros
Chambres de commerce et d'industrie	5 150	2
Chambres d'agriculture	4 200	1,4
Chambres des métiers et de l'artisanat	3 000	1,2
Travailleurs indépendants percevant une indemnité pour perte de gain au titre de leur fonction d'administrateur élu d'un organisme de sécurité sociale dont :		
RSI	1 000	3,1
CNAVPL	250	
CNBF	40	
MSA	1 100	
Comités de protection des personnes	546	3,6
Praticiens agréés maîtres de stage	5 400	23,7
Total	42 086	35

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			+13 M€	+13 M€	+135 M€

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

¹ 13,55% de cotisation maladie (12,80% de part patronale + 0,75% de part salariale), 15,30% de cotisations vieillesse de base plafonnée (8,50%+6,80%), 2,05% de cotisation vieillesse de base déplafonnée (1,80%+0,25%), 3,45% de cotisation d'allocation familiale (dans le cas des sommes inférieures à 1,6 SMIC sur l'année) et un taux moyen de 2,45% de cotisation ATMP.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Les chambres consulaires, les organismes de sécurité sociale et les autres organismes considérés devront acquitter les contributions et cotisations sociales dues au titre des indemnités versées.

Le risque de contentieux du recouvrement qui résulte, dans certains cas, de l'état actuel du droit, sera supprimé.

b) impacts sociaux

La mesure renforcera les droits sociaux des personnes concernées :

- Celles-ci pourront acquérir des droits contributifs. Pour celles qui cotisent faiblement au titre de leur activité principale, l'assujettissement des indemnités versées à raison de leur activité occasionnelle est susceptible d'avoir des conséquences non négligeables (cas, par exemple, d'un salarié à temps partiel dont l'assiette des cotisations vieillesse passera au-dessus du seuil de 150 fois le montant horaire du SMIC par trimestre, du fait de l'addition des cotisations versées par l'employeur habituel et l'employeur occasionnel) ;
- La règle pragmatique permettant aux travailleurs indépendants de ne pas cotiser au régime général et, symétriquement, aux salariés de ne pas avoir à s'affilier au RSI pour déclarer des sommes réduites, évitera les situations d'affiliation multiple et de poly-pension lors du passage en retraite.

c) impacts sur l'environnement

La mesure n'emporte pas d'impact sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure n'emporte pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes, les règles étant les mêmes pour tous.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

En ce qui concerne les personnes publiques faisant appel à des collaborateurs occasionnels, une expertise menée en 2014 par l'administration a permis de faire des préconisations opérationnelles concernant les procédures et circuits à mettre en place pour organiser le précompte des cotisations.

Les ordres professionnels, les chambres consulaires, les organismes de sécurité sociale et les autres organismes concernés devront procéder au précompte et au versement des contributions et cotisations sociales au régime général (sauf en cas d'option pour un régime de non salariés).

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Un dispositif déclaratif adapté sera mis en place en lien avec l'ACOSS.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret devra intervenir avant la fin 2014 pour préciser les modalités d'application de la mesure d'affiliation des personnes participant à des missions publiques

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure d'affiliation des personnes participant à des missions publiques entre en vigueur au 1^{er} janvier 2015.

Elle ne nécessite pas de mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes concernés devront garantir l'information des assurés concernés dès l'entrée en vigueur de la mesure.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS susceptible de jouer cet office. Un suivi statistique des sommes assujetties au titre du dispositif concerné sera assuré par l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 311-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 311-3 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>1°) les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;</p> <p>[...]</p> <p>20°) Les vendeurs à domicile visés à l'article L. 135-1 du code de commerce, non immatriculés au registre du commerce ou au registre spécial des agents commerciaux ;</p> <p>21°) Les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, d'une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice. Un décret précise les types d'activités et de rémunérations en cause.</p> <p>Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, dans des conditions fixées par décret, aux personnes exerçant une des professions visées à l'article L. 621-3, lorsque les activités occasionnelles visées ci-dessus en sont le prolongement ;</p>	<p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>1°) les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;</p> <p>[...]</p> <p>20°) Les vendeurs à domicile visés à l'article L. 135-1 du code de commerce, non immatriculés au registre du commerce ou au registre spécial des agents commerciaux ;</p> <p>21°) Les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, d'une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice. Un décret précise les types d'activités et de rémunérations en cause.</p> <p>Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, dans des conditions fixées par décret, aux personnes exerçant une des professions visées à l'article L. 621-3, lorsque les activités occasionnelles visées ci-dessus en sont le prolongement ;</p> <p>21° Les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel.</p> <p>Un décret précise les sommes, activités et employeurs entrant dans le champ d'application du présent 21°. Il fixe les conditions dans lesquelles, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, les sommes versées en rétribution de la participation à cette mission peuvent, en accord avec l'ensemble des parties, être versées à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée l'activité salariée, lorsque ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération.</p> <p>Il fixe également les conditions dans lesquelles les dispositions du précédent alinéa ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3. Dans ce cas, les sommes versées en rétribution de l'activité occasionnelle sont assujetties dans les mêmes conditions, selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties que le revenu d'activité non salarié, tel que défini à l'article L. 131-6, ou les revenus professionnels, tels que définis à l'article L. 731-14 du</p>

<p>22° Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;</p> <p>[...]</p> <p>30° Les présidents des sociétés coopératives de banque, mentionnées aux articles L. 512-61 à L. 512-67 du code monétaire et financier ;</p> <p>31° Les salariés au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4</p>	<p>code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession.</p> <p>22° Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;</p> <p>[...]</p> <p>30° Les présidents des sociétés coopératives de banque, mentionnées aux articles L. 512-61 à L. 512-67 du code monétaire et financier ;</p> <p>31° Les salariés au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4.</p> <p>Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.</p>
<p>Article 13 actuel de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier</p>	<p>Article 13 modifié de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier</p>
<p>Les indemnités versées aux élus des chambres d'agriculture, des chambres de métiers et des caisses de sécurité sociale, au titre de leur mandat, ne sont pas prises en compte pour l'attribution des prestations sociales de toute nature, notamment celles relevant du code de la sécurité sociale ou du code de l'action sociale et des familles, et ne sont pas assujetties aux cotisations de sécurité sociale.</p>	<p>Les indemnités versées aux élus des chambres d'agriculture, des chambres de métiers et des caisses de sécurité sociale, au titre de leur mandat, ne sont pas prises en compte pour l'attribution des prestations sociales de toute nature, notamment celles relevant du code de la sécurité sociale ou du code de l'action sociale et des familles, et ne sont pas assujetties aux cotisations de sécurité sociale.</p>

ARTICLE 9 - Encadrement des assiettes forfaitaires

I. Présentation de la mesure

Le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de fixer forfaitairement l'assiette des cotisations de sécurité sociale (maladie, vieillesse, famille et accidents du travail – maladie professionnelle) « *par arrêté ministériel pour certaines catégories de salariés ou assimilés* »¹. En pratique, cette disposition permet de réduire, à un niveau infra-législatif, l'assiette des prélèvements sociaux et, ce faisant, les droits contributifs des salariés et assimilés concernés.

La plupart des assiettes forfaitaires visent à apporter une réponse adaptée au caractère spécifique d'une activité ou de ses modalités d'exercice. Par ailleurs, les assiettes forfaitaires peuvent concourir, dans un certain nombre de cas, à limiter l'évasion d'assiette associée au travail non déclaré.

Cependant, dans certains cas, ces dispositions permettent en fait aux employeurs de cotiser sur une assiette inférieure au salaire versé, sans réelle cohérence quant aux secteurs et professions concernés.

Il n'apparaît pas opportun de remettre totalement en cause l'existence même de ces assiettes, qui poursuivent pour certaines des objectifs d'intérêt général. La présente mesure consiste donc à mettre en place une règle transversale destinée à en limiter les effets manifestement disproportionnés : elle crée un taux d'abattement maximal afin d'encadrer l'ensemble des dispositifs réglementaires qui prévoient une assiette forfaitaire de cotisations.

Cet abattement maximal est fixé à 30% de la rémunération réelle et ne s'applique que dans les cas où les rémunérations versées dépassent 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale pour la période de travail concernée.

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

a) Deux types d'assiettes forfaitaires coexistent dans le paysage du prélèvement social, avec des objectifs et des effets emploi opposés.

Les assiettes forfaitaires permettent :

- soit de cotiser sur un montant supérieur au salaire brut versé (l'effet de telles assiettes est alors bénéfique aux salariés) ;
- soit, au contraire, de réduire le montant des cotisations dues, notamment pour des salariés percevant des rémunérations élevées.

On peut ainsi distinguer des assiettes forfaitaires « protectrices » du point de vue des droits sociaux et du financement solidaire de notre système de protection sociale et des assiettes dont l'effet principal est d'ouvrir une forme d'optimisation sociale, en permettant à l'employeur de cotiser sur une assiette inférieure au salaire perçu, ce qui réduit les droits contributifs des salariés (notamment en matière de retraite, mais de façon assez modérée eu égard au plafonnement des cotisations sur les droits de base) et diminue le rendement des cotisations.

Le premier type d'assiette ne s'applique qu'aux employeurs de personnes faiblement rémunérées. Peuvent être cités, à titre d'exemple :

- Les travailleurs privés d'emploi occupés à des tâches d'intérêt général et rémunérés à ce titre (assiette égale au SMIC, arrêté du 29 janvier 1985) ;
- Les personnes en difficulté exerçant une activité de réinsertion socioprofessionnelle : assiette égale à 40 % du SMIC horaire par heure d'activité lorsque la rémunération est inférieure à ce seuil (art. L. 241-12 du code de la sécurité sociale et arrêté du 31 mars 1994) ;
- Les personnes détenues effectuant un travail pour le compte de l'administration pénitentiaire et qui sont affiliées au régime général sur le fondement de l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale : assiette de la cotisation d'assurance vieillesse de base égale à 632 € par mois, soit 67 fois le SMIC horaire (art. R. 381-105 du code de la sécurité sociale) ;
- Les ministres du culte et membres de congrégations religieuses rattachés à la CAVIMAC et qui sont affiliés au régime général : assiette égale au SMIC mensuel (art. R. 382-88, R. 382-89 et R. 382-90 du code de la sécurité sociale) et abattement du taux de droit commun pour la cotisation patronale maladie (7,8% ou 8,4% au lieu de 12,80%).

Les assiettes réduisant le montant des cotisations concernent pour leur part aussi bien des salariés relativement peu rémunérés, pour lesquels l'augmentation des prélèvements sociaux est susceptible d'avoir un effet négatif sur l'offre de travail, que des salariés percevant des rémunérations plus importantes :

¹ Articles L. 241-2 du code de la sécurité sociale (cotisation maladie), L. 241-3 (vieillesse), L. 241-6 (famille), L. 241-5 (AT-MP).

- Par exemple, pour l'emploi des personnes travaillant dans un centre de vacances ou de loisirs pour mineurs qui sont affiliées au régime général de la sécurité sociale par détermination de la loi (art. L. 311-2 du code de la sécurité sociale), il est fait application d'une assiette forfaitaire journalière, hebdomadaire ou mensuelle, qui varie en fonction de l'emploi et atteint au maximum 100 fois le montant du SMIC horaire – soit une assiette fixée au maximum à 2/3 du SMIC (arrêté du 11 octobre 1976 modifié). A ce niveau de salaire, l'élasticité de l'offre de travail à son coût est relativement forte et l'application d'une assiette réduite est susceptible d'avoir une contrepartie en termes d'emploi ;
- Dans le cas des formateurs occasionnels entrant dans le champ d'application de l'arrêté du 28 décembre 1987 modifié, les cotisations sont assises sur une assiette abattue de 37% à 69%, ou sur la rémunération réelle lorsqu'elle dépasse 1 700 € par jour. Cette assiette dérogatoire conduit, pour une intervention d'une journée rémunérée forfaitairement 1 500 €, à acquitter les cotisations sur une assiette de 751 €. Son utilisation est limitée à 30 jours par an et par employeur : un formateur intervenant auprès de plusieurs employeurs peut ainsi en bénéficier au-delà de 30 jours.

b) Celles de ces assiettes qui ne répondent pas à une logique d'amélioration ou de sauvegarde de l'emploi dans les secteurs concernés apparaissent contestables en termes d'information du Parlement et d'égalité des différents employeurs face aux prélèvements sociaux.

De façon singulière, l'assiette des cotisations sociales des salariés et assimilés relève actuellement de deux niveaux très éloignés de norme : la loi ou l'arrêté. La création d'assiettes dérogatoires par des textes règlementaires – qui en général sont anciens – ne permet pas au Parlement d'être pleinement informé du fait de l'absence de toute disposition législative encadrant le recours à de telles assiettes (au-delà du recensement de ces dispositifs existants au sein de l'annexe V du PLFSS) et semble particulièrement dommageable dans le cas des assiettes qui n'ont d'autre effet que celle de réduire le montant des cotisations dues au titre de l'emploi de salariés relativement bien rémunérés.

L'absence d'encadrement législatif soulève en outre les difficultés suivantes :

- Ces assiettes peuvent entraîner des distorsions de concurrence au sein d'un même secteur d'activité

Exemple : un formateur employé par une structure de droit privé (enseignant d'un établissement d'enseignement supérieur ou professeur salarié d'une entreprise de services à la personne spécialisée dans les cours à domicile) voit ses rémunérations assujetties à un taux global de prélèvements sociaux de l'ordre de 65%, appliqué de façon proportionnelle à l'intégralité du salaire (cotisations de sécurité sociale patronales et salariales, CSG et CRDS, cotisations hors champ sécurité sociale) sans que l'employeur ne puisse bénéficier des allègements généraux sur les bas salaires si la rémunération excède 1,6 SMIC (à partir de 127 € pour une journée de travail), ce qui est généralement le cas pour des activités d'enseignement, alors que pour un formateur occasionnel rémunéré sous la forme d'un forfait jour du même montant de 127 €, les cotisations sont calculées sur une assiette forfaitaire de 53 €.

- Elles peuvent se cumuler avec d'autres dispositifs dérogatoires (notamment des exonérations) et réduire de façon considérable les cotisations dues.

Exemple : une même personne peut se voir appliquer l'assiette forfaitaire des personnes exerçant une activité dans le cadre d'une association sportive (cf. tableau ci-dessus) au titre de ses activités d'animation ou d'entraînement et bénéficier également d'une exemption totale d'assiette pour les sommes qu'elle perçoit en sus, au titre de sa participation à une manifestation sportive (ce dispositif non modifié par la mesure permet d'exclure de l'assiette sociale 120 € par manifestation dans la limite de 5 manifestations par mois).

- Par ailleurs, comme indiqué ci-dessus, les droits contributifs des salariés et assimilés auxquels s'appliquent ces assiettes sont réduits, ce qui n'est pas toujours neutre (en particulier dans le cas de ceux qui exercent à titre principal une activité faiblement rémunérée ou à temps partiel).

Exemple : au titre de son activité professionnelle principale, un salarié travaille 500 h par an rémunérées au niveau du SMIC. Il participe également de façon accessoire à l'organisation d'événements sportifs, en tant que guichetier, et perçoit dans ce cadre 1 000 € de rémunération annuelle donnant lieu au paiement de cotisations sur une assiette forfaitaire de 472 €. A la fin de l'année, seuls trois trimestres de retraite seront validés contre quatre s'il avait cotisé au réel sur toutes ses rémunérations.

Sans remettre en cause l'existence même de l'ensemble des assiettes forfaitaires, qui poursuivent pour certaines des objectifs d'intérêt général, il paraît donc légitime de prévoir dans la loi un taux d'abattement maximal afin d'encadrer ces abattements d'assiette lorsqu'ils bénéficient à des salariés rémunérés au-delà de 1,5 fois le montant du plafond de la sécurité sociale correspondant à la durée de leur travail. En pratique, un tel encadrement concernera un certain nombre de formateurs occasionnels et de personnes rémunérées par des associations sportives, dès lors pour ces

dernières que les sommes perçues, après abattement de 120 € par manifestation, dépassent le seuil de 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à limiter l'abattement d'assiette à un maximum de 30% de la rémunération du salarié ou assimilé lorsqu'elle est supérieure à 1,5 fois la valeur du plafond de la sécurité sociale correspondant à la durée de travail.

b) Autres options possibles

Les autres options envisageables portent sur les différents paramètres de la mesure proposée :

- La mesure pourrait s'appliquer à l'ensemble des assiettes forfaitaires et non uniquement à celles qui permettent de réduire les prélèvements dus au titre de rémunérations supérieures à 1,5 fois le montant du plafond de la sécurité sociale correspondant à la durée du travail, afin de traiter de façon identique des employeurs et des salariés pouvant relever d'un même régime de sécurité sociale. Cette option n'est toutefois pas privilégiée en raison de son effet potentiellement négatif sur l'emploi : elle conduirait à renchérir le coût du travail dans des secteurs à forte intensité de main d'œuvre pratiquant des rémunérations peu élevées (notamment dans le secteur de l'animation, des vacances et des loisirs) ;
- De même, un seuil plus réduit que celui de 1,5 fois le montant du plafond de la sécurité sociale (ou un encadrement au premier euro) aurait pu être retenu afin d'encadrer les assiettes forfaitaires qui s'appliquent pour l'emploi de salariés ne percevant pas des rémunérations importantes. Toutefois, un tel seuil – par exemple de 0,5 fois le plafond – aurait conduit à modifier des assiettes qui poursuivent un objectif d'amélioration de l'emploi ou de compétitivité ;
- Le taux de 30% aurait pu être abaissé, afin de réduire l'abattement d'assiette. Il s'agit toutefois du taux maximal de la déduction forfaitaire spécifique, qui constitue également une assiette forfaitaire dont l'existence obéit à une logique historique propre et qui concerne des professions réputées engager des frais professionnels supplémentaires. Le taux maximal de 30% d'abattement permet de ne pas modifier ce dispositif spécifique.

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

La mesure a un impact sur l'équilibre financier du régime général de la sécurité sociale (impact pour l'année 2015 et les années suivantes) et modifie l'assiette des cotisations sociales : elle entre ainsi dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 1°, du 2° et du 3° 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure insère un article L. 242-4-4 dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les arrêtés fixant des assiettes forfaitaires qui ont pour effet d'abattre de plus de 30% le montant de la rémunération réelle seront modifiés. Il s'agit de l'arrêté modifié du 28 décembre 1987 (formateurs occasionnels) et du 27 juillet 1994 (personnes exerçant une activité dans le cadre d'une personne morale à objet sportif, d'une association de jeunesse ou d'éducation populaire).

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure a un rendement positif sur les recettes de la sécurité sociale en raison de l'encadrement de deux assiettes forfaitaires dont les caractéristiques sont rappelées dans le tableau ci-dessous.

Population	Définition de l'assiette	Taux d'abattement
Formateurs occasionnels	Arrêté du 28 décembre 1987 modifié Base journalière en euros Rémunération : - inférieure à 170 € > assiette de 52,70 € - entre 170 et 339 € > 159,80 € - entre 340 et 609 € > 266,90 € - entre 510 et 679 € > 372,30 € - entre 680 et 849 € > 479,40 € - entre 850 et 1019 € > 552,50 € - entre 1020 et 1189 € > 652,80 € - entre 1190 et 1699 € > 751,40 € - supérieure à 1699 € > salaire réel	69% à 44%
Personnes exerçant une activité dans le cadre d'une personne morale à objet sportif, d'une association de jeunesse ou d'éducation populaire	Arrêté du 27 juillet 1994 et circulaire interministérielle n° DSS/AAF/A1/94-60 du 28 juillet 1994 Les cotisations d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dues pour l'emploi des personnes visées ci-dessus sont calculées sur la base d'une assiette forfaitaire mensuelle variant de cinq à cinquante fois le Smic horaire. Rémunération brute mensuelle < à 424 € >> 47 € De 424 à moins de 566 € > 141 € De 566 à moins de 754 € > 236 € De 754 à moins de 943 € > 330 € De 943 à moins de 1084 € > 472 € Supérieure ou = à 1084 € > Salaire réel	90% à 56%

Formateurs occasionnels : 10 M€

Cette estimation est fondée sur un nombre de 5 000 formateurs occasionnels concernés, selon des hypothèses de répartition des rémunérations perçues pour 30 jours de formation effectués au cours de l'année (cf. le tableau ci-dessous). La masse salariale totale, de l'ordre de 114 M€, générerait 32,6 M€ de cotisations de sécurité sociale (au taux global de 36,89%¹) après limitation à 30% de l'abattement d'assiette contre 22 M€ actuellement (ces derniers montants sont à comparer aux 44 M€ de cotisations qui seraient dues en l'absence d'assiette forfaitaire).

Tranche de rémunération (arrêté du 28 décembre 1987)	Rémunération moyenne correspondante	Effectif (100% = 5 000)		Rémunération pour 30 jours de formation	Avant		Après	
					Assiette journalière	Cotisations pour 30 jours de formation	Assiette	Cotisations pour 30 jours de formation
< 172 €	86 €	5%	250	645 000 €	38 €	104 694 €	60 €	166 558 €
172 - 343 €	258 €	10%	500	3 862 500 €	114 €	628 163 €	180 €	997 413 €
344 - 515 €	430 €	15%	750	9 663 750 €	189 €	1 570 407 €	301 €	2 495 470 €
516 - 687 €	602 €	20%	1 000	18 045 000 €	265 €	2 931 427 €	421 €	4 659 760 €
688 - 859 €	774 €	15%	750	17 403 750 €	341 €	2 826 733 €	541 €	4 494 170 €
860 - 1031 €	946 €	12%	600	17 019 000 €	416 €	2 763 917 €	662 €	4 394 816 €
1032 - 1203 €	1 118 €	10%	500	16 762 500 €	492 €	2 722 039 €	782 €	4 328 580 €
1204 - 1719 €	1 462 €	8%	400	17 538 000 €	568 €	2 512 652 €	1 023 €	4 528 838 €
> 1720 €	1 800 €	5%	250	13 500 000 €	1 800 €	4 980 150 €	1 800 €	4 980 150 €
				114 439 500 €		21 040 182 €		31 045 757 €

Personnes exerçant une activité dans le cadre d'une personne morale à objet sportif : 5 M€

Le chiffrage de cet impact repose sur les hypothèses suivantes : on retient un nombre de 60 000 bénéficiaires effectifs correspondant aux personnes exerçant une activité dans le champ concerné une fois exclues toutes les personnes dont les rémunérations ne sont pas éligibles à l'assiette forfaitaire (personnels administratifs, dirigeants et administrateurs salariés).

Cet effectif est ventilé afin d'évaluer le montant actuel des rémunérations versées et des cotisations de sécurité sociale correspondantes (au taux global de 36,9% en 2015). On considère ainsi que 15% des 60 000 bénéficiaires perçoivent moins de 429 € par an (première tranche du barème fixé par l'arrêté du 27 juillet 1994), soit une rémunération moyenne estimée à la moitié de ce montant - et se voient appliquer sur celle-ci l'assiette forfaitaire de 47 € prévue par l'arrêté. Le rendement pour cette population est égal à la différence entre les cotisations acquittées sur l'assiette actuelle et celles qui seront dues sur le montant de la rémunération abattu dans la limite maximale de 30%. Le tableau ci-dessous détaille l'ensemble de ces éléments, qui conduisent à évaluer à 4,85 M€ la recette supplémentaire générée par l'encadrement de cette assiette forfaitaire.

Tranche de rémunération (arrêté du 27 juillet 1994)	Rémunération correspondante	Effectif (100% = 60 000)		Avant		Après	
				Assiette	Cotisations	Assiette	Cotisations
< 429 €	215 €	15%	9 000	47 €	163 659 €	150 €	522 837 €
429 - 572 €	501 €	25%	15 000	141 €	818 294 €	350 €	2 033 256 €
572 - 762 €	667 €	35%	21 000	236 €	1 917 476 €	467 €	3 793 516 €
762 - 953 €	858 €	15%	9 000	330 €	1 149 093 €	600 €	2 090 131 €
953 - 1 096 €	1 025 €	8%	4 800	472 €	876 561 €	717 €	1 331 834 €
> 1 096 €	1 500 €	2%	1 200	1 500 €	696 420 €	1 500 €	696 420 €
					5 621 502 €		10 467 993 €

La mesure ne modifie pas le dispositif dérogatoire d'exclusion de l'assiette sociale dont bénéficient également, sous certaines conditions, les salariés des clubs sportifs : pour mémoire, les sommes versées à ces personnes (entraîneurs, animateurs, sportifs professionnels, etc.) à l'occasion d'une manifestation sportive donnant lieu à compétition ne sont pas assujetties aux cotisations de sécurité sociale ni à la CSG si elles n'excèdent pas 70 % du plafond journalier de la sécurité sociale (soit 120 € en 2014) pour chaque manifestation dans la limite de 5 manifestations par mois (circulaire DSS/AAF/A1/94-60 du 28 juillet 1994 relative à la situation des sportifs au regard de la sécurité sociale et du droit du travail). Cette disposition dérogatoire continuera donc à bénéficier de manière inchangée aux personnes concernées.

¹ Taux 2015 correspondant aux cotisations suivantes : 13,55% d'assurance maladie-maternité, 15,35% de vieillesse de base plafonnée, 2,10% de vieillesse de base déplafonnée, 5,25% d'allocation familiale (le taux réduit de cotisation d'AF n'est pas applicable aux niveaux de salaire considérés) et 2,44% d'ATMP.

De même, la mesure est sans effet sur le dispositif favorable applicable aux arbitres et juges sportifs, consistant en une exemption d'assiette pour les sommes dont le montant annuel n'excède pas 14,5 % du plafond annuel de sécurité sociale, soit 5 444 € en 2014, tous clubs confondus (en pratique, ce dispositif conduit à exclusion de l'assiette sociale la plus grande partie des rémunérations versées aux arbitres non professionnels).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régime général			+15 M€	+15 M€	+15 M€

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La limitation à 30% de l'abattement d'assiette augmentera le rendement des cotisations de sécurité sociale acquittées sur l'assiette forfaitaire.

Dans le cas des formateurs occasionnels, pour une rémunération journalière de 500 € par exemple, le montant de ces cotisations passera de 103 € à 135 € (ce montant serait de 193 € pour un salarié affilié au régime général auquel ne s'applique aucun mécanisme de réduction de l'assiette). Le détail des cotisations dues figure dans le tableau ci-après :

	Droit commun : assiette de 500 €		Avant réforme : assiette de 266,90 €		Après réforme : assiette de 350 € (avec un abattement maximal de 30%)	
Taux 2015 des cotisations de sécurité sociale	patronales	salariales	patronales	salariales	patronales	salariales
Maladie (12,80% + 0,75%)	64 €	4 €	34 €	2 €	45 €	3 €
Vieillesse de base plafonnée et déplafonnée (10,30% + 7,15%)	52 €	36 €	27 €	19 €	36 €	25 €
Famille (5,25%)	26 €		14 €		18 €	
Accidents du travail - maladies professionnelles (2,44%)	12 €		7 €		9 €	
TOTAL	193 €		103 €		135 €	

Pour les personnes exerçant une activité pour une personne morale à objet sportif, le montant des cotisations sera également augmenté pour les activités assujetties à cotisations, mais sans remettre en cause les autres avantages existant dans ce secteur et dérogeant au droit commun (exonération propre aux arbitres et exonération à l'occasion des manifestations sportives, cf. supra).

b) impacts sociaux

La mesure renforce les droits contributifs des salariés et assimilés concernés : les cotisations d'assurance vieillesse et d'assurance maladie-maternité supplémentaires qui seront acquittées en raison de la limitation de l'abattement d'assiette généreront des droits aux prestations en espèce de l'assurance maladie-maternité (indemnités journalières) et permettront, le cas échéant, d'améliorer les droits à retraite.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**a) impacts sur les assurés notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

Cette mesure modifie à la marge le calcul des cotisations et est sans impact sur leurs modalités de déclaration.

Néanmoins, le Gouvernement prévoira une mesure générale de simplification pour le secteur associatif, concerné en partie par la mesure : dans le cadre des ordonnances prises sur la base des habilitations prévues dans le projet de loi relatif à la simplification de la vie des entreprises adopté en 1^{ère} lecture par l'Assemblée nationale le 22 juillet 2014, le seuil d'effectifs jusqu'auquel les employeurs peuvent recourir au chèque emploi associatif (CEA) sera relevé de 9 à 20 salariés.

Ce relèvement permettra en particulier d'inclure 98% des associations sportives¹ (88% des associations tous secteurs confondus).

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Le système d'informations utilisé pour gérer le chèque emploi associatif devra être aménagé pour permettre la bonne application de la mesure.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation**a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.**

Les arrêtés ministériels prévoyant des abattements d'assiette supérieurs à 30% seront modifiés. Il s'agit en particulier de ceux du 28 décembre 1987 et du 27 juillet 1994 mentionnés ci-dessus.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure sera applicable à compter du 1^{er} janvier 2015, sous réserve de publication des arrêtés nécessaires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information dans les rubriques thématiques du site internet de l'ACOSS informera les cotisants des modifications apportées aux arrêtés concernés.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un code particulier sera créé par l'ACOSS dans les déclarations de cotisations sociales afin de permettre un suivi des sommes déclarées au titre des assiettes forfaitaires impactées par la mesure.

¹ La France associative en mouvement, rapport de C. Bazin et J. Malet, en ligne : http://www.recherches-solidarites.org/media/uploads/lafaem_08102012.pdf (cf. p. 29).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Néant	Article L. 242-4-4 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les cotisations forfaitaires fixées par arrêté pris en application des dispositions des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 ne peuvent être calculées sur une base inférieure à 70% de la rémunération lorsque celle-ci est égale ou supérieure à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

ARTICLE 10 – Modification des outils de régulation des dépenses de médicament

I. Présentation de la mesure

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

Les dépenses de médicaments remboursées par la sécurité sociale en France sont de l'ordre de 25 milliards d'euros et elles ne cessent de croître. Or, au vu de la forte contrainte qui pèse aujourd'hui sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, il convient de poursuivre les actions permettant d'assurer la soutenabilité du système de santé en optimisant les dépenses de médicaments.

En effet, les outils de régulation globaux actuellement disponibles (essentiellement le taux K) apparaissent insuffisants pour répondre aux objectifs de rationalisation des dépenses. Il est donc nécessaire de proposer de nouveaux mécanismes d'action visant à faire participer l'ensemble des entreprises concernées mais également de doter le comité économique des produits de santé (CEPS) de nouveaux outils intervenant quand le débat conventionnel n'a pas permis d'aboutir à un consensus.

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

2.1 Modification du dispositif du taux de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale et fixation du taux pour l'année 2015

a) Mesure proposée

La réforme de la clause de sauvegarde

Le premier versant de la présente mesure a pour objet d'ajuster l'actuel dispositif de la clause de sauvegarde, afin de garantir la compatibilité de l'évolution du chiffre d'affaires des médicaments avec l'objectif gouvernemental de stabilité des dépenses remboursées. Il fixe également le taux du seuil de déclenchement du dispositif pour l'année 2015.

L'objectif initial de la clause de sauvegarde, ou taux K, était de prémunir l'assurance maladie contre une augmentation trop importante des dépenses de médicament par rapport à la tendance anticipée, en créant une contribution progressive.

Pour les laboratoires ayant signé l'accord-cadre (soit la grande majorité d'entre eux), le versement de remises par agrégats thérapeutiques, qui n'est déclenché que si le taux K est globalement dépassé, les exonère du versement de la contribution. La contribution théorique due au titre de K sert néanmoins d'étalon, les remises ne pouvant excéder globalement ce que l'ensemble des entreprises auraient payé si elles n'avaient pas été conventionnées. A l'inverse, le dispositif actuel ne présente pas de garantie de rendement minimum pour l'assurance maladie.

La contribution concerne le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) brut (avant remises conventionnelles) des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables par les établissements hospitaliers ainsi que les produits utilisés à l'hôpital et remboursés en sus des prestations d'hospitalisation et en excluant, pour l'ensemble de ce champ, les médicaments orphelins dont le CAHT annuel est inférieur à 30M€. Pour l'ensemble des produits entrant dans l'assiette de CAHT est fixé, de manière annuelle, un seul et même taux K.

Le taux K a été fixé à 1% en 2010 puis à 0,5% en 2011 et 2012 et à 0,4% en 2013 et 2014.

Du fait du faible nombre d'innovations thérapeutiques majeures au cours de la période et de l'accroissement de la régulation des prix, cette clause de sauvegarde n'a pas trouvé à s'appliquer depuis 2008 : elle a ainsi acquis progressivement un caractère largement théorique. Les nouveaux traitements qui sont pris en charge depuis 2014 (hépatite C) ou qui s'annoncent dans les années à venir laissent en revanche présager d'une pression à la hausse sur la dépense remboursée et, consécutivement, du déclenchement probable de la clause de sauvegarde. Or le dispositif conventionnel, qui en pratique s'y substituera, apparaît aujourd'hui complexe, peu adapté et d'une efficacité très incertaine.

Il est donc indispensable de renforcer le mécanisme de sauvegarde, en garantissant notamment un rendement minimum des remises exonératoires de cette clause, tout en préservant l'égalité de traitement entre les entreprises dont les produits influent sur les dépenses de l'assurance maladie.

Le caractère progressif de la contribution est conservé, à son niveau actuel, c'est-à-dire :

- 50% du montant d'accroissement du CAHT pour un taux compris entre le taux L et L+0,5 point,
- 60% pour un taux compris entre L+0,5 point et L+1 point,
- 70% pour un taux compris entre L+1 point et plus.

Est également conservé le principe du versement de remises conventionnelles, exonératoires de la contribution théorique, mais avec une garantie de rendement minimum (cf. *infra*).

Il est en revanche proposé de modifier non seulement l'assiette de la contribution mais aussi les modalités de sa répartition ainsi que le rendement attendu du dispositif lorsque sont versées des remises conventionnelles exonératoires de cette contribution.

S'agissant de l'assiette de la contribution, la mesure proposée clarifie le champ des médicaments visés, à savoir tous ceux pris en charge par l'assurance maladie (ville, rétrocession, liste en sus), y compris pendant les phases dérogatoires et transitoires d'ATU et de « post-ATU » pendant lesquelles existe une prise en charge à prix libre. Sont néanmoins exclus de l'assiette les médicaments orphelins de moins de 30M€HT (comme c'est le cas actuellement), ainsi que les médicaments génériques. En effet, ces derniers contribuent à faire diminuer le poids total des dépenses d'assurance maladie et il n'apparaît pas justifié de les faire contribuer *via* la clause de sauvegarde.

La mesure vise à prendre en compte la part du CAHT ayant réellement impacté les dépenses de l'assurance maladie, c'est-à-dire les CAHT réalisés en France, nets des remises qui ont pu être versées par les laboratoires au titre de l'exploitation de certains produits, celles issues du reversement du delta de prix avec l'indemnité demandée lors des phases de prise en charge d'ATU et de post-ATU et le cas échéant, celles issues du nouveau dispositif de régulation proposé dans le cadre du présent projet de loi et qui vise à limiter les dépenses liées au traitement de l'infection par le virus de l'hépatite C. Cette application successive des dispositifs de régulation (enveloppe hépatite C en premier lieu, puis clause de sauvegarde générale) permet de garantir que les principaux contributeurs à la croissance (hépatite C) seront également les principaux contributeurs aux mécanismes stabilisateurs de la dépense. S'agissant des remises dues au titre du reversement ATU / post-ATU, pour les médicaments n'ayant pas achevé leur procédure d'inscription au remboursement et de tarification à la fin de l'année concernée, un montant provisoire de remise est calculé sur la base du dernier prix proposé par le laboratoire dans le cadre de la négociation avec le CEPS. Les montants des contributions sont ensuite régularisés l'année suivante en fonction du montant de remises versé *in fine* par le laboratoire concerné.

Par ailleurs, dans un objectif de simplification et pour établir un lien direct entre l'assiette de la contribution et son fait déclencheur, le montant global de la contribution théorique est désormais réparti en fonction du CAHT net des entreprises concernées (pour 60%) et de la progression de ce chiffre d'affaires.

Enfin, le rendement de l'application de la clause est revu : si les entreprises sont incitées, de même que dans le dispositif actuel, au versement de remises conventionnelles, exonératoires de contribution, le recours à ces remises doit désormais garantir un rendement à hauteur d'au moins 80% de ce qui aurait été dû en vertu de l'application stricte de la clause de sauvegarde. Au titre de l'année 2015, il importe de fixer le taux seuil de déclenchement du dispositif de sauvegarde à un niveau permettant de sécuriser l'engagement du Gouvernement de maintenir la stabilité des dépenses de médicaments remboursés. Il s'agit ici de garantir cette stabilité en dehors même du périmètre de l'hépatite C, qui est pris en compte par l'enveloppe W créée par la présente loi, pour limiter la dépense liées à cette pathologie, notamment dans la mesure où la construction de l'ONDAM exige un effort plus important que les années précédentes sur les volumes (lutte contre la iatrogénie des personnes âgées, par exemple) et sur la structure de consommation (plan génériques, par exemple), dont il s'agit de garantir le rendement.

Fixation du taux pour 2015

Le Gouvernement a fixé l'objectif de stabilité de la dépense remboursée de médicaments sur la période 2015-2017. Or, tendanciellement, les dépenses de médicaments remboursés évoluent plus rapidement que le CAHT des industriels. Deux principaux facteurs expliquent ces écarts d'évolution : d'une part, le taux de prise en charge moyen par l'assurance maladie, qui augmente du fait de la hausse tendancielle de la prévalence des ALD et d'autre part, la structure de prescription (propension à prescrire des médicaments récents et coûteux). Ainsi, la garantie de stabilité des dépenses correspond-elle à une évolution du CAHT de l'industrie pharmaceutique de -1%.

En conséquence, le taux L pour 2015 est précisément établi à -1%. Il faut remarquer que cette évolution du CAHT des médicaments remboursables est commensurable aux dernières évolutions observées. Ainsi, en 2012 et 2013, le CAHT des médicaments remboursables a-t-il évolué respectivement de -2,2% et de -2,3% (en outre, d'après l'OCDE, l'évolution des dépenses de médicaments en termes réels entre 2009 et 2012 s'établit à -1%). Ce taux d'évolution apparaît donc à la fois cohérent avec l'évolution des dépenses au cours des dernières années et avec l'objectif gouvernemental de stabilité de la dépense. Le fait que ce taux soit plus faible que le taux K des dernières années est enfin à mettre en regard de l'évolution de l'ONDAM. Depuis cinq ans, le taux d'ONDAM voté par le Parlement a diminué de plus d'un point ; il est cohérent que le taux de déclenchement de la clause de sauvegarde suive une tendance comparable.

Comme son nom l'indique, la clause de sauvegarde a pour seul objet de sécuriser un objectif : les mesures d'économies (baisses de prix, maîtrise médicalisée, action sur la iatrogénie) prévues pour 2015 doivent permettre d'aboutir à la stabilité de la dépense remboursée et ainsi au non-déclenchement de la clause. Celle-ci n'interviendra que si les objectifs fixés aux mesures d'économie ne sont pas atteints. La volonté d'équilibre des mesures d'économies, qui ne reposent pas exclusivement sur des baisses de prix, fait toutefois peser un risque sur leur réalisation. C'est pourquoi il est exigé que les remises versées au CEPS représentent au moins 80% du CAHT : si la clause de sauvegarde est déclenchée, la contractualisation avec le CEPS ne doit pas être un moyen d'échapper à la régulation de la dépense remboursée de médicament. La clause de sauvegarde devient ainsi, pour l'industrie pharmaceutique, une mesure incitative à l'implication active dans le succès des mesures de régulation, en particulier celles qui ne passent pas par des baisses de prix.

Il faut enfin remarquer que ce taux n'imposera pas à chaque entreprise de diminuer son chiffre d'affaires : il s'agit d'un objectif global. Si les mesures de régulation de la dépense remboursée produisent les rendements attendus, la clause de sauvegarde ne se déclenche pas et de nombreuses entreprises connaîtront une croissance importante de leur chiffre d'affaires sans que cela ne déclenche le prélèvement de la contribution.

A titre indicatif, si cette situation devait se produire et si la dépense remboursée devait augmenter de 1% (ce qui correspond à un CAHT stable), cela se traduirait par 240M€ de dépenses remboursées supplémentaires. La mise en œuvre de la clause de sauvegarde produirait alors un rendement théorique de 132 M€, dont 80% seraient effectivement reversés sous forme de remises. Au final, l'industrie pharmaceutique verserait alors 106M€ et l'assurance maladie assumerait une dépense supplémentaire de 134M€.

b) Autres options possibles

La seule alternative à ce jour, au vu des contraintes de l'ONDAM, serait de maintenir la mesure en l'état en fixant le taux K à un niveau très inférieur à 0%. En revanche, cette mesure, uniquement mécanique, ne permettrait pas de rationaliser la participation des entreprises comme cela est collectivement souhaité. C'est la raison pour laquelle cette option n'a pas été retenue.

2.2 Extension de l'enveloppe de dépenses par produit

c) Mesure proposée

Le code de la sécurité sociale offre d'ores et déjà au CEPS un outil de régulation des dépenses en lui permettant de fixer, pour un médicament pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, un montant de dépense au-delà duquel il peut décider d'une baisse de prix.

La présente mesure vise à étendre le dispositif existant à l'ensemble des médicaments dont le prix est administré par le CEPS et ce, afin de compléter notamment le mécanisme de fixation unilatérale de prix.

d) Autres options possibles

L'alternative serait de permettre de fixer non pas une enveloppe maximum de dépenses pour un produit mais plutôt une enveloppe maximum par patient pour le traitement d'une pathologie donnée. Dans ce dispositif, il serait établi un coût de traitement maximum par patient et par an au-delà duquel les entreprises reverseraient à l'assurance maladie le différentiel avec le montant des dépenses constatées. Toutefois, cette alternative implique d'importants développements informatiques, l'information sur la répartition des traitements par patient n'étant pas immédiatement disponible. Aussi cette option a-t-elle été écartée.

2.3 Fixation des montants de l'enveloppe dédiée au traitement de l'infection par le virus de l'hépatite C et du taux de croissance associé pour 2015

e) Mesure proposée

Dans le cadre du PLFSS en partie rectificative, il est proposé de mettre en place un nouveau mécanisme de régulation qui permet de définir, pour le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, un montant plafond de dépenses et au-delà duquel les laboratoires reversent une contribution en fonction de leur chiffre d'affaire, ou des remises conventionnelles garantissant un rendement au minimum égal à 90% du rendement de la contribution théorique.

Le mécanisme de contribution est généré par la survenance de deux conditions cumulatives :

- les chiffres d'affaires issus de l'exploitation des médicaments destinés au traitement de la pathologie, dont la liste est définie par la Haute Autorité de Santé, en année n, est supérieure à un montant défini dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour l'année considérée ;
- le taux de croissance de ces mêmes chiffres d'affaires est supérieur à un taux défini également en LFSS.

Le montant plafond et le taux de croissance sont définis annuellement en LFSS. Pour 2014, le montant proposé, en partie rectificative du projet de loi, s'élève à 450 M€ et le taux de croissance à 10%. L'objet de la présente mesure est de proposer, s'agissant de l'année 2015, de fixer le montant à 700 M€. L'augmentation de l'enveloppe s'explique par le fait qu'en 2014, les médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C sont arrivés progressivement sur le marché et sont encore dans une phase de prise en charge dérogatoire (ATU puis post-ATU). Il convient donc pour 2015 de prendre en compte la montée en charge des mises sous traitements et l'entrée dans le droit commun du financement. En revanche, il est proposé de maintenir inchangé le taux de croissance du CA à 10%. En effet, ce paramètre a été présenté en partie rectificative comme un garde-fou, permettant d'éviter au mécanisme de jouer si la progression du CA lié à cette pathologie est peu élevée. Les motifs exposés en partie rectificative s'appliquent de même ici.

f) Autres options possibles

Sans objet.

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

Le produit de l'ensemble de la contribution de la mesure 2.1 est affecté au financement de la CNAMTS. De même, les remises conventionnelles viennent impacter les recettes de l'assurance maladie.

Les mesures ont donc un effet sur les recettes du régime concerné et sont relatives, en tout ou partie, à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées à ce régime obligatoire de base. Elles relèvent ainsi du 1^{er} et du 3^o du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et prennent place dans la 3^e partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est donc pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 138-10 et suivants sont modifiés pour définir les nouvelles modalités de contribution « de sauvegarde » explicitées ci-dessus.

Il est inséré un article L. 162-17-5 afin d'étendre le dispositif d'allocation d'une enveloppe de dépenses maximum alloué à un médicament à l'ensemble des produits dans le champ de compétence du CEPS.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les articles L. 138-17 à L. 138-19 ainsi que l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable

Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Au titre de la modification du dispositif du taux de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale et de la fixation du taux pour l'année 2015 :

La mesure est de nature incitative et ne représentera une ressource pour l'assurance maladie que si les mesures d'économies mises en œuvre (baisses de prix, maîtrise médicalisée, lutte contre la iatrogénie) et la régulation du coût des traitements de l'hépatite C par l'enveloppe W ne permettent pas d'atteindre l'objectif posé par la clause de sauvegarde. Son rendement théorique est donc nul, comme celui du taux K actuel.

Au titre de l'extension de l'enveloppe de dépenses par produit

L'enveloppe de dépenses par produits n'a pas pour objet de générer un rendement pour l'assurance maladie mais de prémunir l'assurance maladie contre un éventuel dérapage imprévu des dépenses d'un médicament. Il s'agit d'un outil permettant de stabiliser la dépense.

Au titre de la fixation des montants de l'enveloppe dédiée au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C et du taux de croissance associé pour 2015

Le montant du chiffre d'affaires des médicaments destinés au traitement de l'hépatite C n'est pas encore connu et dépend de l'issue des négociations menées par le comité économique des produits de santé. A titre d'exemple, si le CAHT de ces traitements devait représenter 900 M€ en 2015, soit 200 M€ au-dessus de W, le montant total de la contribution s'établirait comme suit :

- Entre W (700 M€) et W+10% (770 M€) : 50% soit 35 M€
- Entre W+10% (770 M€) et W+20% (840 M€) : 60% soit 42 M€
- Entre W+20% (840M€) et 900M€: 70% soit 42 M€

Le montant total de la contribution s'établirait ainsi à 119 M€ et serait ensuite réparti entre les entreprises au prorata des CAHT réalisés par les produits inclus dans l'enveloppe et concernés par la contribution. Pour les entreprises conventionnées avec le CEPS, une décote allant jusqu'à 10% pourrait être appliquée. Cela conduit à un montant prévisionnel de contribution de 107,1 M€.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure a nécessairement un impact économique sur les laboratoires pharmaceutiques puisqu'elle modifie notamment les modalités de contribution au titre de la clause de sauvegarde.

b) impacts sociaux

La mesure proposée n'a aucun impact direct sur les assurés puisqu'elle vise uniquement la participation des entreprises aux actions engagées par les autorités publiques pour respecter l'ONDAM.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure proposée n'a pas d'impact sur les assurés et donc sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure n'a pas d'impact sur les assurés et impacte les seuls laboratoires pharmaceutiques.

Les mesures auront lors de leur mise en œuvre un impact sur l'organisation des entreprises redevables de ces contributions (laboratoires pharmaceutiques) compte tenu des mises à jour à prévoir au niveau informatique, comptable, etc.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure prévoit que le recouvrement de la nouvelle contribution sera désormais confié aux URSSAF déjà en charge du recouvrement de 5 autres contributions pharmaceutiques (URSSAF Rhône-Alpes et URSSAF Ile-de-France).

Elle aura potentiellement un impact sur les systèmes d'information de l'ACOSS et des URSSAF concernées compte tenu des mises à jour à prévoir tant au niveau du SI que des formulaires déclaratifs qui seront dématérialisés.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cette mesure n'entraîne aucune charge supplémentaire et n'a donc pas d'impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Cette mesure nécessite la publication d'un arrêté fixant le modèle de déclaration du chiffre d'affaires, pour la mise en œuvre du taux L. Cet arrêté devra être concerté avec les organismes chargés du recouvrement et avec les industriels concernés et devrait être publié au premier trimestre 2014.

Par ailleurs, cette mesure invite à la négociation, au premier semestre 2015, d'un nouvel accord-cadre entre le CEPS et le LEEM, de manière à définir les modalités de répartition des remises conventionnelles exonératoires de la contribution L.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure ne nécessite pas une mise en œuvre particulière nouvelle par les caisses de sécurité sociale. Elle ne concerne par ailleurs pas les assurés. Elle s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2015.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information n'est nécessaire.

d) Suivi de la mise en œuvre

Aucun dispositif particulier de suivi ou d'évaluation ne sera mis en œuvre pour cette mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.138-10 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.138-10 modifié du code de la sécurité sociale								
<p>I.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au septième alinéa du présent I ; - lorsqu'il n'excède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17. <p>Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :</p>	<p>Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés ci-dessous par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, s'est accru de plus de L %, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7, à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :</p> <p>1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application 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 pour lesquels le chiffre d'affaire hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;</p> <p>2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.</p>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="133 1048 380 1230">Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables</th> <th data-bbox="380 1048 597 1230">Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="133 1230 380 1312">T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0, 5 point</td> <td data-bbox="380 1230 597 1312">50 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="133 1312 380 1412">T supérieur à K + 0, 5 point et inférieur ou égal à K + 1 point</td> <td data-bbox="380 1312 597 1412">60 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="133 1412 380 1485">T supérieur à K + 1 point et plus</td> <td data-bbox="380 1412 597 1485">70 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche</p>	Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables	T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0, 5 point	50 %	T supérieur à K + 0, 5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %	T supérieur à K + 1 point et plus	70 %	
Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables								
T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0, 5 point	50 %								
T supérieur à K + 0, 5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %								
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %								
<p>Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er</p>									

janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application de l'article L. 162-16-4, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18 et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

II.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ces listes, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :

- le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au septième alinéa du présent II ;
- lorsqu'il n'excède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 précité inscrit sur une des listes mentionnées au premier alinéa du présent II.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0, 5 point	50 %
T supérieur à K + 0, 5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne le versement d'une remise et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

III.-Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article.

Article L. 138-11 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 138-11 modifié du code de la sécurité sociale								
<p>Le montant global de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 est ainsi réparti :</p> <p>a) A concurrence de 30 %, sur le chiffre d'affaires des entreprises redevables tel que défini à l'article L. 138-10 ;</p> <p>b) A concurrence de 40 %, sur la progression du chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10, réalisé en France par les entreprises redevables au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, par rapport au chiffre d'affaires réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur ladite liste par les mêmes entreprises, lorsque cette progression est supérieure au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel que défini à l'article L. 138-10 ;</p> <p>c) A concurrence de 30 % sur les charges mentionnées au I de l'article L. 245-2, après déduction, le cas échéant, des abattements prévus au II du même article, exposées par l'ensemble des entreprises redevables.</p> <p>Les entreprises créées depuis moins de deux ans ne sont pas redevables de la part de la contribution mentionnée au b du présent article, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.</p> <p>Les règles d'exonération prévues par l'article L. 245-4 sont applicables au calcul de la part de la contribution prévue au c du présent article.</p>	<p>L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10 minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1.</p> <p>Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1 multiplié par la différence entre l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article et le dernier prix proposé ou déclaré par l'entreprise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.</p>								
<p>Article L. 138-12 actuel du code de la sécurité sociale</p> <p>La fraction de la part de la contribution prévue au a de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre son chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, et le montant total du chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, déclaré par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.</p> <p>La fraction de la part de la contribution visée au b de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre la progression de son chiffre d'affaires et la somme des progressions de chiffres d'affaires supérieures au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, déclarées par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.</p> <p>La fraction de la part de la contribution visée au c de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre le montant versé par l'entreprise en application de l'article L. 245-1 et le montant total de la contribution versée au même titre par l'ensemble des entreprises redevables de la contribution prévue à l'article L. 138-10 à l'échéance du 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 138-10 est due, multiplié par le montant total de ladite part.</p> <p>Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les éléments nécessaires au calcul des parts de contribution susmentionnées.</p>	<p>Article L. 138-12 modifié du code de la sécurité sociale</p> <p>Le montant total de la contribution est calculé comme suit :</p> <table border="1" data-bbox="585 1026 1064 1372"> <thead> <tr> <th>Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)</th> <th>Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0, 5 point</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>T supérieur à L + 0, 5 point et inférieur ou égal à L + 1 point</td> <td>60 %</td> </tr> <tr> <td>T supérieur à L + 1 point</td> <td>70 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 60 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 40 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise</p>	Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée	T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0, 5 point	50 %	T supérieur à L + 0, 5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %	T supérieur à L + 1 point	70 %
Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée								
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0, 5 point	50 %								
T supérieur à L + 0, 5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %								
T supérieur à L + 1 point	70 %								

<p>Le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-10.</p> <p>Les entreprises exonérées de la contribution versée en application de l'article L. 245-1 sont exonérées de la fraction de la part de contribution visée au c de l'article L. 138-11.</p>	<p>ou d'un groupe.</p> <p>Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.</p>
<p align="center">Article L. 138-13 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 138-13 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les parts de la contribution mentionnées au a et au b de l'article L. 138-11 font l'objet d'un versement au plus tard le 1er juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p> <p>La part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 1er juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er mars précédent. Ce montant est régularisé le 1er juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er mars précédant cette date.</p>	<p>Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.</p> <p>Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. Une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.</p>
<p align="center">Création d'un nouvel article L. 138-14 du code de la sécurité sociale</p>	
<p>Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.</p> <p>Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.</p> <p>La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.</p> <p>En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p>	

Article L. 138-15 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 138-15 modifié du code de la sécurité sociale
<p>En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p>	<p>La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p> <p>Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.</p> <p>Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er mars de l'année suivante.</p>
<p>Article L. 138-16 actuel du code de la sécurité sociale</p> <p>En cas de non-déclaration dans les délais prescrits ou de déclaration manifestement erronée de certaines entreprises redevables, le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables est déterminé par le rapport entre la somme des chiffres d'affaires valablement déclarés au titre de l'année civile et la somme des chiffres d'affaires réalisés par les mêmes entreprises au titre de l'année civile précédente.</p>	<p>Article L. 138-16 modifié du code de la sécurité sociale</p> <p>Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés</p>
<p>Article L. 138-17 actuel du code de la sécurité sociale</p> <p>La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Article L. 138-17 modifié du code de la sécurité sociale</p> <p>La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.</p>

ARTICLE 11 – Simplification du recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques

I. Présentation de la mesure

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

a) Taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux (article 1600-0 O du CGI) :

La taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux concerne les assujettis à la TVA qui effectuent la première vente en France (après fabrication ou introduction du produit en France) de dispositifs médicaux (DM) ou de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV). Elle est assise sur le chiffre d'affaires hors taxe réalisé (« montant total des ventes ») au cours de l'année N-1 et est déclarée et versée annuellement par le biais de la déclaration annexe à la déclaration de TVA et recouvrée par l'administration fiscale.

Instituée par la LFSS pour 2012, elle est régie par l'article 1600-0 O du code général des impôts. Elle vient remplacer la taxe auparavant définie à l'article L. 5211-5-2 du code de la santé publique et qui était directement affectée à l'AFSSAPS (devenue ANSM).

La LFSS pour 2012 a porté le taux fixé à 0,25 % du chiffre d'affaires hors taxe à 0,29 %. Par ailleurs, la recodification de la taxe dans le code général des impôts a conduit à la suppression, par défaut de coordination, du seuil d'exonération auparavant appliqué pour la taxe affectée à l'AFSSAPS et qui était fixé à 763 000 €. Le c du 3° du I de l'article 12 de la loi de finances rectificative pour 2013 a toutefois introduit une dispense de paiement et de déclaration de la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux lorsque le montant de la taxe due est inférieur ou égal à 300 € (article 1600-0-Q du CGI), soit pour un chiffre d'affaires annuel égal à 103 450 €. Ce seuil est donc significativement inférieur à celui qui préexistait.

Par ailleurs, la plupart des professionnels (par exemple, un podologue délivrant des semelles orthopédiques à sa patientèle) qui entrent dans le champ de la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux sont considérés comme assujettis à la TVA mais n'en sont néanmoins pas redevables lorsqu'il s'agit de prestations de soins exonérées en application du 1° du 4 de l'article 261 du CGI ou du régime de la franchise en base de TVA. La doctrine administrative précise au surplus que l'exonération s'étend aux fournitures de certains biens effectuées par les praticiens dans la mesure où elles constituent le prolongement direct des soins dispensés à leurs malades (tel est le cas, par exemple, pour les semelles orthopédiques ou appareils de soins fabriqués par des pédicures podologues et vendus aux personnes auxquelles ils prodiguent leurs soins). Dans la mesure où ces professions sont exonérées de TVA tant sur leurs prestations de soins que sur la fourniture de biens, elles ne déposent donc pas de déclaration de TVA.

Dans ces conditions, l'assujettissement de ces professions à la taxe sur les dispositifs médicaux représente une réelle contrainte de gestion pour ces redevables ainsi que pour les services gestionnaires de la DGFIP, pour un rendement limité.

Parallèlement, sont, le cas échéant, redevables auprès de l'URSSAF d'une contribution portant sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux (articles L. 245-5-1 et suivants du code de la sécurité sociale) : les entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17¹ ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits aux titres I^{er} et III de la liste prévue à l'article L. 165-1² du code de la sécurité sociale.

Ces redevables sont donc quasiment les mêmes que les redevables de la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux, laquelle vise en pratique les fabricants, les importateurs des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro en provenance de pays tiers ou ceux qui les introduisent en France en provenance d'un autre Etat membre de l'Union européenne. Les redevables de la taxe sur premières ventes de dispositifs médicaux sont donc actuellement déjà globalement connus des URSSAF.

¹ Médicaments spécialisés et médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle ne pouvant être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

² Dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et prestations de services et d'adaptation associées dont le remboursement est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37

Aussi, dans un souci de rationalisation de l'action de recouvrement et de contrôle et de simplification de la fiscalité pour les petits redevables cohérent avec la volonté de rationaliser les prélèvements à faible rendement, il apparaît pertinent, moyennant un impact financier limité, de relever le seuil d'exonération pour la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux et de confier son recouvrement aux URSSAF - lesquelles recouvrent déjà par ailleurs cinq autres contributions portant sur les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux.

b) Dématérialisation des déclarations et des paiements des contributions pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF ainsi que des déclarations spécifiques effectuées auprès du CEPS et de l'ANSM

L'article 26 de la loi de financement pour 2013 a harmonisé les dates limites d'exigibilité des cinq contributions pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF en fixant la date de versement des acomptes provisionnels au plus tard le 1^{er} juin de l'année N et celle du versement régularisateur au plus tard le 1^{er} mars de l'année N+1 (sauf pour la contribution ONDAM pour laquelle le versement régularisateur de la 3^e fraction est effectué au 1^{er} juin de l'année N+1).

Pour mémoire, les contributions concernées sont les suivantes :

- Contribution sur les dépenses de promotion des médicaments (articles L. 245-1 et suivants du code de la sécurité sociale) ;
- Contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux (articles L. 245-5-1 et suivants CSS) ;
- Contribution sur le chiffre d'affaires (article L. 245-6 CSS) ;
- Contribution sur les ventes en gros (articles L. 138-1 et suivants CSS) ;
- Contribution dite ONDAM (articles L. 138-10 et suivants CSS).

Le décret du 18 octobre 2013 a harmonisé les dates limite de remise des documents déclaratifs afférents à ces cinq contributions pharmaceutiques en fonction de ces nouvelles dates d'exigibilité.

Actuellement, les déclarations de ces contributions se font par voie de formulaire papier, ce qui nécessite un envoi préalable des formulaires par l'URSSAF en charge du recouvrement. Par ailleurs, aucun texte n'impose le paiement par voie dématérialisée. Ces modalités sont potentiellement source d'erreurs, de retards et de confusion dans les versions des formulaires à utiliser et sont coûteuses en matière de traitement administratif.

Enfin, les entreprises redevables de ces contributions qui emploient du personnel salarié paient et déclarent déjà par voie dématérialisée, pour la majorité, les cotisations dues sur les salaires (obligation pour les entreprises sous certaines conditions¹).

Dans un objectif de modernisation, de mise en cohérence et de simplification des obligations déclaratives et de paiement, leur dématérialisation permettrait d'augmenter l'efficacité du recouvrement de ces contributions tout en répondant aux attentes des redevables.

Les laboratoires pharmaceutiques, les grossistes-répartiteurs et fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux sont par ailleurs tenus de fournir des déclarations spécifiques auprès du Comité économique des produits de santé (CEPS) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). L'obligation de dématérialisation en ce qui les concerne répondrait à ce même objectif de modernisation.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise, d'une part, à simplifier et moderniser le recouvrement des contributions pharmaceutiques par le biais d'un relèvement du seuil d'exonération pour la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux dont le recouvrement est confié aux URSSAF et, d'autre part, à mettre en œuvre la dématérialisation des déclarations et des paiements des contributions recouvrées par les URSSAF.

• Rehaussement du seuil d'exonération pour la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux (article 1600-0 O du code général des impôts)

Dans un objectif de rationalisation, l'article transforme le minimum de perception actuellement fixé à 300 € en un seuil d'exonération et de dispense de dépôt de déclaration fixé à 500 000 € de chiffre d'affaires annuel. Cette mesure permettra de diminuer sensiblement le nombre de redevables (de 50 % environ), pour un coût très limité (550 000 € environ) au regard du rendement annuel de cette contribution (31 M€).

¹ Aux termes de l'article 27 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014, tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions qui seront fixées par un décret. Les seuils au-delà desquels ces formalités s'imposent ont été fixés par décret du 17 juin 2013 en fonction du montant des cotisations et contributions sociales dues (35 000 € au 1^{er} octobre et 20 000 € à compter du 1^{er} janvier 2015).

Cette mesure de simplification permettra donc de dispenser les contribuables exonérés du calcul du montant de la taxe potentiellement due.

Par ailleurs, le recouvrement de cette taxe sera confié aux URSSAF, déjà compétentes pour le recouvrement des cinq autres contributions pharmaceutiques (dont la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux, qui concerne largement les mêmes redevables). Son recouvrement sera adossé au recouvrement des cinq autres contributions pharmaceutiques déjà recouvrées par les URSSAF (mêmes dates d'exigibilité : versement d'un acompte au 1^{er} juin de l'année N puis régularisation le 1^{er} mars de l'année N+). Le formulaire déclaratif de cette taxe serait adossé à celui des autres contributions recouvrées par les URSSAF.

• Dématérialisation des déclarations et paiements des contributions pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF ainsi que des déclarations spécifiques effectuées auprès du CEPS et de l'ANSM

Par ailleurs, l'article prévoit une obligation de déclaration et de paiement par voie dématérialisée, obligatoire dès le premier euro pour les contributions pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF. Cette obligation sera assortie de sanctions en cas de défaut d'utilisation de la procédure dématérialisée. Cette mesure est rendue possible par le fait que les petits redevables ont été exclus du périmètre de la taxe.

La loi fixe la limite de la sanction applicable (0,2 % des sommes dues) ; un décret simple viendra préciser les montants exacts des sanctions.

Dans le même objectif de moderniser les obligations déclaratives des entreprises du secteur des médicaments et des dispositifs médicaux, l'article prévoit également la dématérialisation obligatoire de la déclaration auprès du CEPS des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers consentis par les fournisseurs des pharmacies d'officine – laboratoires pharmaceutiques et grossistes-répartiteurs – pour les spécialités génériques remboursables ainsi que de la déclaration auprès de l'ANSM par les fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux de l'ensemble des produits ou prestations remboursables qu'ils commercialisent. Cette obligation sera également assortie de sanctions spécifiques en cas de défaut d'utilisation de la procédure dématérialisée.

b) Autres options possibles

La mesure de rationalisation du recouvrement par la seule URSSAF de l'ensemble des taxes sur les produits de santé aurait pu être envisagée sans rehaussement du seuil d'assujettissement applicable à la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux. Néanmoins, l'obligation de dématérialisation aurait alors pu conduire à une contrainte trop importante pour des redevables de petite taille.

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

Le produit de l'ensemble des contributions sur les produits de santé est affecté au financement de la CNAMTS.

Les mesures ont donc un effet sur les recettes du régime concerné et sont relatives à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées à ce régime obligatoire de base. Elles relèvent ainsi du 1^o, du 2^o et du 3^o du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et prennent place à ce titre dans la 3^e partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

Liste pouvant évoluer en fonction notamment de l'arbitrage pris sur la question de la déductibilité de l'IS :

Les dispositions propres à la taxe sont recodifiées dans le code de la sécurité sociale pour des raisons de lisibilité de la norme juridique et de cohérence du droit.

Ainsi, l'article 1600-0 O du code général des impôts est abrogé et les articles 1600-0 Q et 1647 du même code sont modifiés.

L'article L. 166 D du livre des procédures fiscales est modifié.

Les articles L. 138-9-1, L. 138-20, L ; 165-5 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale sont modifiés et il est créé un nouvel article L. 245-5-7 au sein de ce même code.

L'article L. 5121-18 du code de la santé publique est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Pour mémoire, le rendement 2012 et 2013 et la prévision 2014 de chacune des différentes contributions évoquées est retracé ci-après :

Rendement en M€	2012	2013	Prévision 2014
Taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux	31	33	33
Contributions sur les dépenses de promotion des médicaments	180	185	191

Contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux	25	28	32
Contribution sur le chiffre d'affaires (*)	397	371	331
Contribution sur les ventes en gros	315	248	248
Contribution dite ONDAM	pas de déclenchement		

(*) En 2012 et 2013, cette ligne regroupe les taxes sur les premières ventes et sur le chiffre d'affaires des produits pharmaceutiques fusionnées à compter de 2014 (cf. article 12 de la LFSS pour 2014).

D'après les données déclaratives de 2013, le rehaussement du seuil d'exonération à hauteur de 500 000 € permet de réduire le nombre de redevables de 50 % pour un coût de 550 000 € environ.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) (en écart annuel par rapport au tendanciel) <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i> <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i>				
	2014 (rectificatif)	2015	2016	2017	2018
CNAMTS		-0,55	- 0,55	- 0,55)	- 0,55

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Les secteurs d'activité affectés sont les suivants : laboratoires pharmaceutiques, entreprises de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et grossistes-répartiteurs.

Les entreprises de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, notamment celles de taille modeste, seront affectées par la création du seuil d'exonération prévu par la nouvelle contribution désormais codifiée à l'article L. 245-5-7 du code de la sécurité sociale.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Les mesures auront lors de leur mise en œuvre un impact sur l'organisation des entreprises redevables de ces contributions ou redevables des déclarations spécifiques auprès du CEPS et de l'ANSM (laboratoires pharmaceutiques, entreprises de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et grossistes-répartiteurs), compte tenu des mises à jour à prévoir au niveau informatique, comptable, etc.

Mais ces mesures aboutiront en définitive à simplifier leurs charges administratives ainsi que le processus de recouvrement.

En effet, l'harmonisation des modalités déclaratives et de versement des six contributions désormais recouvrées par les URSSAF simplifiera la charge administrative induite pour les entreprises concernées ainsi que le processus de

recouvrement. Les redevables n'auront désormais à gérer plus qu'une déclaration unique et dématérialisée à des dates unifiées de recouvrement auprès d'un seul organisme (URSSAF d'Ile-de France ou URSSAF de Rhône-Alpes).

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure prévoit que le recouvrement de la nouvelle contribution sur les premières ventes de dispositifs médicaux sera désormais confié aux URSSAF déjà en charge du recouvrement de cinq autres contributions pharmaceutiques (URSSAF de Rhône-Alpes et URSSAF d'Ile-de-France).

Elle aura potentiellement un impact sur les systèmes d'information de l'ACOSS et des URSSAF concernées compte tenu des mises à jour à prévoir tant au niveau du système d'information que des formulaires déclaratifs qui seront dématérialisés.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mesure nécessitera la mise en cohérence de diverses dispositions réglementaires (décrets en Conseil d'Etat).

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La dématérialisation des déclarations et du paiement des contributions pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF devra être opérationnelle pour l'échéance de l'acompte du 1^{er} juin 2015. La mise en œuvre nécessitera la mise en place en amont d'un calendrier précis en raison des modifications des systèmes d'information que cette réforme entraînera (gestion, financier et comptable). Le basculement du recouvrement de la taxe sur les premières ventes sur les dispositifs médicaux de la DGFIP vers les URSSAF sera effectif pour l'échéance du 1^{er} mars 2016 (au titre des ventes réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015).

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La DGFIP et l'ACOSS (et également les URSSAF d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes) informeront via une campagne de communication les intéressés de la suppression de la taxe visée à l'article 1600-0 O du code général des impôts et de la création parallèle d'une contribution sur les ventes de dispositifs médicaux et de diagnostic in vitro prévue désormais par le code de la sécurité sociale (nouvel article L. 245-5-7).

L'ACOSS et les URSSAF d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes informeront de la même façon les redevables de la nouvelle obligation de déclaration et de paiement par voie dématérialisée.

Le CEPS et l'ANSM informeront de leur côté les entreprises concernées par les déclarations prévues aux articles L. 138-9-1 et L. 165-5 du code de la sécurité sociale.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure est couverte par l'objectif 4 (simplifier les procédures de financement) de la partie II du PQE annexé au PLFSS pour 2015.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 1600-0 O du code général des impôts	Article 1600-0 O modifié du code général des impôts
<p>I.-Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>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.</p> <p>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 même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre Etat membre de l'Union européenne.</p> <p>IV. — Le taux de cette taxe est fixé à 0,29 %.</p> <p>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.</p> <p>Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.</p>	<p>I.-Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>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.</p> <p>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 même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre Etat membre de l'Union européenne.</p> <p>IV. — Le taux de cette taxe est fixé à 0,29 %.</p> <p>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.</p> <p>Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.</p>
Article 1600-0 Q du code général des impôts	Article 1600-0 Q modifié du code général des impôts
<p>I.-Les redevables des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P 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.</p> <p>Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.</p> <p>II. — Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P 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</p>	<p>I.-Les redevables de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P déclarent cette taxe des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P 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 la taxe concernée chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration.</p> <p>Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déclarent et acquittent la taxe mentionnée au I de l'article les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.</p> <p>II. — Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées La taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P est constatée recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la</p>

<p>règles applicables à cette même taxe.</p> <p>III. — Lorsque les redevables des taxes mentionnées au même I 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 fiscales, 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 ces redevables et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à leur place.</p> <p>Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale la comptabilité afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux produits mentionnés au II de l'article 1600-0 P.</p> <p>IV.-Lorsque le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et 1600-0 P est inférieur ou égal à 300 €, les redevables sont dispensés du paiement de la taxe ainsi que du dépôt de la déclaration mentionnée au I.</p>	<p>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.</p> <p>III. — Lorsque les redevables de la taxe mentionnée des taxes mentionnées au même I 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 fiscales, 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 ces redevables et, en cas d'opération imposable, à acquitter la taxe à leur place les taxes à leur place.</p> <p>Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale la comptabilité afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux produits mentionnés au II de l'article 1600-0 P.</p> <p>IV.-Lorsque le montant de la taxe mentionnée à l'article des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et 1600-0 P est inférieur ou égal à 300 €, les redevables sont dispensés du paiement de la taxe ainsi que du dépôt de la déclaration mentionnée au I.</p>
Article 1647 du code général des impôts	Article 1647 modifié du code général des impôts
<p>I. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur le montant :</p> <p>a. (Abrogé) ;</p> <p>b. Des droits, taxes, redevances et autres impositions visés au II de l'article 1635 ter.</p> <p>Le taux de ce prélèvement est fixé à 4 % du montant des recouvrements.</p> <p>II. (Sans objet).</p> <p>III. Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances.</p> <p>III bis.-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 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés aux articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH.</p> <p>IV. (Sans objet).</p> <p>V.-L'Etat perçoit au titre de frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de :</p> <p>a. 2,37 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements en application de l'article 1594 A.</p>	<p>I. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur le montant :</p> <p>a. (Abrogé) ;</p> <p>b. Des droits, taxes, redevances et autres impositions visés au II de l'article 1635 ter.</p> <p>Le taux de ce prélèvement est fixé à 4 % du montant des recouvrements.</p> <p>II. (Sans objet).</p> <p>III. Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances.</p> <p>III bis.-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 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés aux articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH.</p> <p>IV. (Sans objet).</p> <p>V.-L'Etat perçoit au titre de frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de :</p> <p>a. 2,37 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements en application de l'article 1594 A.</p>

<p>b. 2,14 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements au taux de 0,70 % ;</p> <p>c. 1,25 % sur le montant du produit net de la taxe d'apprentissage mentionnée à l'article 1599 ter A.</p> <p>VI. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 1 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 302 bis ZB.</p> <p>VII. (Abrogé)</p> <p>VIII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1609 sexvicies et 1635 bis M.</p> <p>IX.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1609 sexdecies B.</p> <p>X.-(Abrogé)</p> <p>XI.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 1 % sur le montant de la taxe mentionnée au I de l'article 1605.</p> <p>XII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée au II de l'article L. 425-1 du code des assurances.</p> <p>XIII.-(Sans objet)</p> <p>XIV.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1011 bis.</p> <p>XV.-L'Etat perçoit au titre des frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de 1 % en sus du montant de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises, après application de l'article 1586 quater.</p> <p>XVI.-Pour frais de recouvrement, l'Etat prélève 1 % des sommes recouvrées au titre de la contribution de supervision pour le compte de la Banque de France dans les conditions prévues par le VIII de l'article L. 612-20 du code monétaire et financier.</p> <p>XVII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat prélève 0,5 % des sommes recouvrées au titre de la contribution additionnelle, dénommée taxe de solidarité sur les billets d'avion, au profit du fonds de solidarité pour le développement prévue au VI de l'article 302 bis K, ainsi que sur le montant de la taxe d'aéroport et de sa majoration mentionnées à l'article 1609 quatervicies et sur le montant de la taxe sur les nuisances sonores aériennes mentionnée à l'article 1609 quatervicies A.</p> <p>Les sommes prélevées en application du premier alinéa du présent XVII par les agents comptables du budget annexe " Contrôle et exploitation aériens " mentionnés au V de l'article 302 bis K sont affectées au budget annexe précité.</p>	<p>b. 2,14 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements au taux de 0,70 % ;</p> <p>c. 1,25 % sur le montant du produit net de la taxe d'apprentissage mentionnée à l'article 1599 ter A.</p> <p>VI. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 1 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 302 bis ZB.</p> <p>VII. (Abrogé)</p> <p>VIII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1609 sexvicies et 1635 bis M.</p> <p>IX.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1609 sexdecies B.</p> <p>X.-(Abrogé)</p> <p>XI.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 1 % sur le montant de la taxe mentionnée au I de l'article 1605.</p> <p>XII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée au II de l'article L. 425-1 du code des assurances.</p> <p>XIII.-(Sans objet)</p> <p>XIV.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1011 bis.</p> <p>XV.-L'Etat perçoit au titre des frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de 1 % en sus du montant de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises, après application de l'article 1586 quater.</p> <p>XVI.-Pour frais de recouvrement, l'Etat prélève 1 % des sommes recouvrées au titre de la contribution de supervision pour le compte de la Banque de France dans les conditions prévues par le VIII de l'article L. 612-20 du code monétaire et financier.</p> <p>XVII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat prélève 0,5 % des sommes recouvrées au titre de la contribution additionnelle, dénommée taxe de solidarité sur les billets d'avion, au profit du fonds de solidarité pour le développement prévue au VI de l'article 302 bis K, ainsi que sur le montant de la taxe d'aéroport et de sa majoration mentionnées à l'article 1609 quatervicies et sur le montant de la taxe sur les nuisances sonores aériennes mentionnée à l'article 1609 quatervicies A.</p> <p>Les sommes prélevées en application du premier alinéa du présent XVII par les agents comptables du budget annexe " Contrôle et exploitation aériens " mentionnés au V de l'article 302 bis K sont affectées au budget annexe précité.</p>
<p>Article L. 166 D du livre des procédures fiscales</p>	<p>Article L. 166 D modifié du livre des procédures fiscales</p>
<p>L'administration chargée du recouvrement de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts</p>	<p>L'administration chargée du recouvrement de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des</p>

<p>transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique 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.</p> <p>L'administration chargée du recouvrement du droit prévu à l'article 1635 bis AE du code général des impôts et l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux droits perçus au titre de l'article 1635 bis AE du code général des impôts et aux quittances établies conformément à ce même article 1635 bis AE.</p> <p>L'administration chargée du recouvrement des droits prévus aux articles 1635 bis AF à 1635 bis AH du code général des impôts et la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale se transmettent, spontanément ou sur demande, les informations relatives aux droits prévus aux mêmes articles 1635 bis AF à 1635 bis AH.</p> <p>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.</p>	<p>impôts transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique 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.</p> <p>L'administration chargée du recouvrement du droit prévu à l'article 1635 bis AE du code général des impôts et l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux droits perçus au titre de l'article 1635 bis AE du code général des impôts et aux quittances établies conformément à ce même article 1635 bis AE.</p> <p>L'administration chargée du recouvrement des droits prévus aux articles 1635 bis AF à 1635 bis AH du code général des impôts et la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale se transmettent, spontanément ou sur demande, les informations relatives aux droits prévus aux mêmes articles 1635 bis AF à 1635 bis AH.</p> <p>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.</p>
<p>Article L. 138-9-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 138-9-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 du présent code les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consentis, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.</p> <p>Lorsque la déclaration prévue au présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p>	<p>Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 du présent code les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consentis, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.</p> <p>Lorsque la déclaration prévue au présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p>

<p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au comité économique des produits de santé.</p> <p>Les modalités et délais de déclaration des montants des chiffres d'affaires et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties ainsi que les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au comité économique des produits de santé.</p> <p>Les modalités et délais de déclaration des montants des chiffres d'affaires et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties ainsi que les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>La déclaration prévue par le présent article doit être effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, le comité peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires hors taxe des ventes réalisées en France. Les dispositions des troisième et quatrième alinéas ci-dessus sont applicables à cette pénalité.</p>
<p>Article L. 138-20 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 138-20 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p>	<p>Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1, L. 245-5-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au précédent alinéa entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2% des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces</p>

<p>Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.</p>	<p>contributions.</p> <p>Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.</p>
<p>Article L. 165-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 165-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.</p> <p>Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reductible, le cas échéant, chaque année.</p> <p>La pénalité mentionnée au deuxième alinéa 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. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.</p> <p>Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités et délais de la déclaration prévue au premier alinéa, ainsi que les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>I.- Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.</p> <p>Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reductible, le cas échéant, chaque année.</p> <p>La pénalité mentionnée au deuxième alinéa 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. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.</p> <p><i>Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités et délais de la déclaration prévue au premier alinéa, ainsi que les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.</i></p> <p>II. - La déclaration prévue au I doit être effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Les dispositions du troisième alinéa du I sont applicables à cette pénalité.</p>

Article L. 241-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 241-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p> <p>1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;</p> <p>2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.</p> <p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.</p> <p>Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p> <p>1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;</p> <p>[...]</p> <p>6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;</p> <p>7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;</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>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p> <p>1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;</p> <p>2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.</p> <p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.</p> <p>Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p> <p>1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;</p> <p>[...]</p> <p>6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;</p> <p>7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 O et 1600-0 R La taxe perçue au titre de l'article 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;</p> <p>8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts.</p>
Section actuelle du code de la sécurité sociale	Section modifiée du code de la sécurité sociale
Section II CONTRIBUTION A LA CHARGE DES FABRICANTS OU DISTRIBUTEURS DE DISPOSITIFS MEDICAUX, TISSUS ET CELLULES, PRODUITS DE SANTE AUTRES QUE LES MEDICAMENTS ET PRESTATIONS ASSOCIEES MENTIONNES A L'ARTICLE L. 165-1	Section II CONTRIBUTION CONTRIBUTIONS A LA CHARGE DES FABRICANTS OU DISTRIBUTEURS DE DISPOSITIFS MEDICAUX, TISSUS ET CELLULES, PRODUITS DE SANTE AUTRES QUE LES MEDICAMENTS ET PRESTATIONS ASSOCIEES MENTIONNES A L'ARTICLE L. 165-1
	Article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	I. - Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en

	<p>France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>II. - La contribution s'applique aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et aux dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i> définis à l'article L. 5221-1 du même code.</p> <p>III. - L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes réalisées en France, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée.</p> <p>IV. - Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,29 %.</p> <p>V. - La contribution n'est pas exigible lorsque le montant total des ventes mentionnées au III du présent article n'a pas atteint, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, un montant hors taxes de 500 000 €.</p> <p>VI. - La première vente en France au sens du I du présent article 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.</p> <p>Le fait générateur de la contribution intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La contribution est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.</p> <p>VII. - La contribution mentionnée au I du présent article est versée selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L.245-5-5 du présent code.</p> <p>VIII. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de la contribution mentionnée au I du présent article, dans les conditions et suivants les modalités déterminées par décret.</p> <p>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.</p>
<p>Article L. 5121-18 du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 5121-18 modifié du code de la santé publique</p>
<p>Les redevables de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts adressent à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code 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, produits de santé, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i> donnant lieu au</p>	<p>Les redevables de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts adressent à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code 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, produits de santé,</p>

<p>paiement de chacune de ces taxes ou contributions, 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 mentionnée au même article L. 5311-1. Les redevables de la taxe prévue à l'article 1600-0 P du code général des impôts adressent, au plus tard le 31 mars de chaque année, à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code une déclaration établie conformément au modèle fixé par décision du directeur de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1, fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les produits cosmétiques donnant lieu au paiement de la taxe.</p> <p>[...]</p>	<p>dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes ou contributions, 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 mentionnée au même article L. 5311-1. Les redevables de la taxe prévue à l'article 1600-0 P du code général des impôts adressent, au plus tard le 31 mars de chaque année, à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code une déclaration établie conformément au modèle fixé par décision du directeur de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1, fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les produits cosmétiques donnant lieu au paiement de la taxe.</p> <p>[...]</p>
---	---

I. Présentation de la mesure

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

Lorsqu'un assuré est victime d'un accident imputable à un tiers, les caisses de sécurité sociale du régime général et celles du régime agricole pour les salariés agricoles sont habilitées à récupérer auprès de celui-ci ou de son assureur les sommes correspondant aux dépenses qu'elles ont engagées au bénéfice de la victime (articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale). Cela suppose toutefois que les circonstances de l'accident soient portées à leur connaissance, ce que la loi impose à la victime, aux établissements de santé et au responsable du sinistre (articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale). La victime est également tenue, dans le cadre des procédures juridictionnelles en cours contre le responsable, d'appeler la caisse en la cause ou d'informer les caisses des procédures amiables, ces obligations étant respectivement sanctionnées par la nullité du jugement et l'inopposabilité de la transaction en application des articles L. 376-1 (septième alinéa) et L. 376-3 du code de la sécurité sociale. L'assureur du responsable est également débiteur envers les caisses d'une obligation d'information sur les circonstances de l'accident et, depuis 2012, sur les transactions qu'il a conclues avec les victimes (articles L. 376-4 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale).

L'absence de respect par l'assureur de l'une ou l'autre de ces obligations le prive tout d'abord de la possibilité, le cas échéant, d'opposer à la caisse la prescription de sa créance. De plus, aux sommes qu'il doit à ce titre, s'ajoute une pénalité fixée par le directeur de la caisse en fonction du montant de cette créance et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, sans pouvoir excéder 50 % de la créance (articles L. 376-4 et R. 376-4, L. 454-2 et R. 454-5 du code de la sécurité sociale). Enfin, les caisses peuvent obtenir le versement d'une indemnité forfaitaire de gestion pour compenser les frais de recouvrement engagés (article L. 376-1 du code de la sécurité sociale).

Ces dispositions concernent l'essentiel des prestations de sécurité sociale. Elles sont en effet applicables aux prestations servies par les branches maladie, accidents du travail et vieillesse du régime général ainsi qu'à celles servies par les branches maladie et accidents du travail des régimes agricoles (non salariés et salariés), par les branches maladie - maternité et vieillesse du régime social des indépendants (RSI) et par la branche vieillesse du régime des salariés agricoles. Cependant, elles ne concernent pas en tout ou partie :

- les prestations servies au titre de l'assurance vieillesse et invalidité - décès des régimes des professions libérales et d'avocats et les prestations d'assurance vieillesse et allocation veuvage du régime des travailleurs non salariés des professions agricoles ;
- s'agissant des sanctions encourues par l'assureur (imprescriptibilité de la créance de la caisse et pénalité), les prestations d'assurance maladie - maternité et vieillesse du RSI, les prestations servies à raison d'un accident du travail survenu à des salariés agricoles relevant du régime d'Alsace-Moselle et les prestations servies au titre des assurances sociales aux exploitants agricoles des départements d'outre-mer, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

L'objectif est donc d'assurer les mêmes prérogatives à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, qui pourront par ailleurs conclure des conventions pour la délégation du recouvrement contre tiers à un ou plusieurs d'entre eux.

Ces prérogatives seront étendues également aux régimes spéciaux, via une modification de leurs décrets, qui font déjà application de l'article 29 de la loi n°58-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

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

a) Mesure proposée

La mesure a pour objet de parachever l'extension dans l'ensemble des régimes des dispositions applicables dans le régime général afin d'assurer effectivement que la victime du sinistre, quel que soit le régime dont elle relève, ne soit pas indemnisée pour un même préjudice à la fois par un assureur et par un régime de sécurité sociale.

A ce titre, le texte prévoit de rendre applicable :

- d'une part, l'ensemble de ces dispositions aux prestations servies au titre de l'assurance vieillesse de base et complémentaire et de l'assurance invalidité - décès des régimes des professions libérales et d'avocats et aux prestations d'assurance vieillesse de base et complémentaire et d'allocations veuvage du régime des travailleurs non salariés des professions agricoles. En effet, si ces régimes exercent déjà des recours contre tiers sur la base du code civil ou de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, ils ne disposent notamment pas de la possibilité de recevoir une indemnité de gestion pour couvrir leurs frais de recouvrement, du bénéfice des obligations d'information et de leurs sanctions en cas de non respect dans

les procédures tant amiables que contentieuses (inopposabilité de la transaction ou nullité du jugement, imprescriptibilité de la créance de la caisse envers l'assureur et pénalité à son encontre) ;

- d'autre part, les dispositions spécifiques aux assureurs (obligation d'information en matière de transaction et les sanctions qui leur sont applicables en général)¹ aux prestations d'assurance maladie - maternité et vieillesse du RSI², aux prestations servies à raison d'un accident du travail survenu à des salariés agricoles relevant du régime d'Alsace-Moselle et aux prestations servies au titre des assurances sociales des exploitants agricoles des départements d'outre-mer, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

Par ailleurs, la mesure clarifie la base juridique sur laquelle les recours des caisses de mutualité sociale agricole s'effectuent pour le recouvrement des prestations maladie, maternité et invalidité et, pour l'Alsace-Moselle, accidents du travail et maladies professionnelles, versées aux travailleurs non salariés des professions agricoles et celle sur laquelle les recours des caisses générales de sécurité sociale et de la caisse de sécurité sociale de Mayotte s'effectuent pour le recouvrement des prestations vieillesse et veuvage versées aux travailleurs non salariés des professions agricoles dans les départements d'outre-mer, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

Enfin, la mesure prévoit que les caisses nationales des régimes dont les caisses locales ont la capacité d'exercer des recours contre les tiers responsables d'accidents peuvent conclure entre elles des conventions pour confier seulement à certaines de ces caisses locales la mise en œuvre de ces recours. Elle ouvre, en outre, la possibilité à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale des barreaux français de conclure avec les organisations représentatives des assureurs des conventions pour organiser la phase amiable de recouvrement de leurs créances qui s'exerce prioritairement à la phase contentieuse conformément à l'article L.376-1 dont les dispositions leur sont également rendues applicables.

b) Autres options possibles

Il pourrait être prévu de désigner les caisses en charge d'effectuer les recours contre tiers au bénéfice des autres mais le Gouvernement a privilégié la voie conventionnelle pour laisser toute latitude aux caisses de s'organiser en la matière.

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

Cette mesure modifie les règles relatives au recouvrement de certains produits des régimes de sécurité sociale et a un impact sur les recettes de ces régimes. A ce titre, elle trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités.

¹ Article L. 376-4 du code de la sécurité sociale.

² L'article L. 613-21 vise en effet les articles L. 376-1 à L. 376-3 mais pas l'article L. 376-4.

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

a) Possibilité de codification

Ces mesures sont insérées dans le code de la sécurité sociale et pour partie 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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Oui. A cet effet, les articles L. 762-14 et L. 762-26 du code rural et de la pêche maritime sont modifiés s'agissant des assurances sociales et des l'assurance vieillesse et veuvage des exploitants agricoles
Mayotte	Idem
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Idem
Saint-Pierre et Miquelon	mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier de la mesure est tant direct qu'indirect :

- il est direct en ce que ces dispositions vont ouvrir la possibilité aux régimes concernés de recouvrer des recettes nouvelles que les textes sur la base desquels ils exercent des recours contre les tiers responsables ne leur permettent pas de recouvrer jusqu'à présent (indemnité forfaitaire de gestion et une pénalité dans les conditions exposées ci-dessus) ;
- il est également indirect en ce qu'elles devraient engendrer un plus grand nombre d'actions en recouvrement des caisses. En effet, la généralisation des obligations d'information assorties de sanctions attachées à leur non respect devraient inciter leurs débiteurs à les respecter et donc mettre les caisses en capacité de recouvrer contre les tiers responsables les indemnités qu'elles versent pour un plus grand nombre de dossiers, aussi bien à l'amiable qu'au contentieux.

Il est cependant difficilement évaluable. Seul le RSI a procédé à une évaluation en considérant que la mesure devrait générer une recette égale à 5% du produit actuel de ses recours contre tiers (44M€) soit 2M€.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure évitera des doubles indemnisations – injustifiées – dont peuvent bénéficier certains assurés du fait d'un défaut de coordination entre assurance privée et sécurité sociale.

b) impacts sociaux

La mesure permettra un traitement équitable des assurés, quel que soit leur régime de sécurité sociale. Elle confortera le principe selon lequel la sécurité sociale a vocation à protéger lorsque cela est nécessaire tous ceux qui en dépendent sans pour autant créer d'effets d'aubaine pour ceux qui bénéficient normalement de dispositifs d'assurance.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

La mesure aura un impact :

- sur les assurés victimes de dommages corporels qui deviennent débiteurs, envers les caisses de MSA (prestations vieillesse et allocation veuvage des exploitants agricoles), la CNAVPL et la CNBF, d'une obligation d'information sur les circonstances de l'accident et les procédures juridictionnelles ou amiables en cours dans le cadre de la réparation de ces dommages et encourent les sanctions attachées au non respect de ces obligations (nullité du jugement ou inopposabilité de la transaction) ;
- sur les établissements de santé qui deviennent débiteurs d'une obligation d'information sur les circonstances de l'accident envers les caisses visées ci-dessus ;
- sur les assureurs des tiers responsables qui deviendront débiteurs des obligations d'information visées ci-dessus envers les caisses de MSA (prestations vieillesse et allocation veuvage des exploitants agricoles), la CNAVPL et la CNBF et susceptibles d'être débiteurs de pénalités pour non respect de ces obligations envers ces caisses mais aussi envers les caisses du RSI et les CGSS (en charge du versement des prestations sociales des exploitants agricoles de DOM).

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure aura un impact sur les caisses qui seront, pour certaines d'entre elles, nouvellement destinataires de signalements de dommages corporels avec tiers responsable et bénéficiaires d'indemnités forfaitaires de gestion (MSA, CNAVPL, CNBF) et pour toutes les caisses nouvellement bénéficiaires de pénalités pour non respect d'obligation d'information des assureurs. Les caisses de sécurité sociale concernées devront se mettre en capacité soit par l'adaptation de leur système d'information, soit par l'adoption de procédures ad hoc de mettre en œuvre et de suivre ces dispositions. C'est pourquoi l'entrée en vigueur de la mesure est fixée au 1er juillet 2015.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure est gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation**a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.**

Aucun texte d'application n'est nécessaire, le renvoi aux dispositions législatives applicables dans le régime général emportant, à défaut de dispositions contraires, application de leurs dispositions d'application.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Les délais sont variables en fonction du choix fait par les caisses visées par la mesure de conclure ou non des conventions pour déléguer la mise en œuvre des recours contre tiers.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les modalités d'information seront déterminées par les caisses concernées.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience « maladie et accidents du travail-maladies professionnelles ».

Les données relatives aux recours contre tiers font partie de la partie II, « Objectifs et résultats », des Programmes de qualité et d'efficacité suivants :

- maladie (indicateur n° 5-3 : Montants récupérés par le CNAMTS maladie dans le cadre des recours contre tiers) ;
- accidents du travail et maladie professionnelles (indicateur n°3.3 : Montants récupérés dans le cadre des recours contre tiers).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 171-4 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français peuvent conclure des conventions entre elles afin de confier à une ou plusieurs caisses de sécurité sociale l'exercice des recours subrogatoires prévus par les articles L. 376-1 et L.454-1 du présent code et l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime. » ;
	Article L. 171-5 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Pour l'exercice de l'action amiable visée au sixième alinéa de l'article 376-1 et au quatrième alinéa de l'article L.454-1 du présent code, une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, et, le cas échéant, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure .» ;
Article L.376-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.376-1 modifié du code de la sécurité sociale
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.	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.
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.	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.
Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers	Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers

<p>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>[...]</p>	<p>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. <i>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.</i></p> <p>[...]</p>
<p align="center">Article L.454-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 454-1 modifié du code de la sécurité sociale</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 correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.</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</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 correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.</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. <i>Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance</i></p>

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. [...]	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. [...]
Article L. 613-21 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 613-21 modifié du code de la sécurité sociale
Les dispositions des articles L. 217-1, L. 332-1, L. 375-1 et L. 376-1 à L. 376-3 sont applicables aux assurés et organismes relevant du présent titre.	Les dispositions des articles L. 217-1, L. 332-1, L. 375-1 et L. 376-1 à L. 376-3 L. 376-4 sont applicables aux assurés et organismes relevant du présent titre.
	Article L. 643-9 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre.
	Article L.644-4 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre.
	Article L.645-5-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre.
	Article L. 723-13-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application de la présente section.
	Article L. 723-13-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application de la présente section.
	Chapitre III – Recours des caisses contre les tiers payeurs
	Article L. 733-1 du code rural et de la pêche maritime (nouveau)
	Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations servies en application du chapitre II du présent titre. Pour l'application de ces dispositions, les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses d'assurance maladie.

Article L. 716-16 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 716-16 modifié du code rural et de la pêche maritime
<p>Les salariés des professions agricoles et forestières mentionnées au livre III (deuxième partie) du code local des assurances sociales bénéficient des dispositions des articles suivants du code de la sécurité sociale : L. 411-2, L. 433-2, L. 434-1 et L. 434-2 à L. 434-10, L. 434-13 à L. 434-16, L. 452-1 à L. 452-4, L. 454-1, L. 455-1, L. 455-1-1, L. 455-2 et L. 455-3.</p> <p>Ils bénéficient également, dans des conditions fixées par décret, des dispositions des articles L. 461-1 à L. 461-8 du même code.</p>	<p>Les salariés des professions agricoles et forestières mentionnées au livre III (deuxième partie) du code local des assurances sociales bénéficient des dispositions des articles suivants du code de la sécurité sociale : L. 411-2, L. 433-2, L. 434-1 et L. 434-2 à L. 434-10, L. 434-13 à L. 434-16, L. 452-1 à L. 452-4, L. 454-1, L. 454-2, L. 455-1, L.455-2, L. 455-1-1, et L. 455-3.</p> <p>Ils bénéficient également, dans des conditions fixées par décret, des dispositions des articles L. 461-1 à L. 461-8 du même code.</p>
Article L. 761-19 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 761-19 modifié du code rural et de la pêche maritime
<p>Les personnes non salariées des professions agricoles et forestières mentionnées au livre III, 2e partie, du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 sont soumises au régime d'assurance-accidents du code local précité, sous réserve de la présente sous-section. Elles bénéficient également, dans des conditions fixées par décret, des dispositions de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Les personnes non salariées des professions agricoles et forestières mentionnées au livre III, 2e partie, du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 sont soumises au régime d'assurance-accidents du code local précité, sous réserve de la présente sous-section. Elles bénéficient également, dans des conditions fixées par décret, des dispositions de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale ainsi que des articles L. 454-1 et L. 454-2 du même code.</p>
Article L. 762-14 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 762-14 modifié du code rural et de la pêche maritime
<p>Les dispositions des articles L. 145-1 à L. 145-8, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-28, L. 162-32, L. 162-35, L. 244-9, L. 244-12 à L. 244-14, L. 281-2, L. 322-2, L. 376-1 à L. 376-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime institué par la présente section.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 355-2 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux pensions d'invalidité servies en application de la présente section.</p>	<p>Les dispositions des articles L. 145-1 à L. 145-8, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-28, L. 162-32, L. 162-35, L. 244-9, L. 244-12 à L. 244-14, L. 281-2, L. 322-2, L. 376-1 à L. 376-3 L. 376-4 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime institué par la présente section.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 355-2 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux pensions d'invalidité servies en application de la présente section.</p>
Article L. 762-26 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 762-26 modifié du code rural et de la pêche maritime
<p>Les dispositions des articles L. 722-16, L. 722-17, L. 731-42 et celles de la section 3 du chapitre II du titre III du présent livre relatives à l'assurance vieillesse des personnes non salariées sont applicables aux exploitations agricoles des départements d'outre-mer dans les conditions et sous les réserves énoncées à la présente section.</p> <p>Les caisses mentionnées au 2° de l'article L. 762-2 sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et l'allocation vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires antérieures au 1er janvier 1990.</p>	<p>Les dispositions des articles L. 722-16, L. 722-17, L. 731-42 et celles de la section 3 du chapitre II et du chapitre III du titre III du présent livre relatives à l'assurance vieillesse des personnes non salariées sont applicables aux exploitations agricoles des départements d'outre-mer dans les conditions et sous les réserves énoncées à la présente section.</p> <p>Les caisses mentionnées au 2° de l'article L. 762-2 sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et l'allocation vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires antérieures au 1er janvier 1990.</p>

ARTICLE 13– Rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie complémentaire et des contrats relatifs aux véhicules terrestres à moteur

I. Présentation de la mesure

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

a) Fiscalité des contrats d'assurance maladie

Actuellement, les contrats d'assurance maladie sont assujettis à deux contributions distinctes dont l'assiette est pourtant quasi identique et dont l'objet est similaire : la taxe de solidarité additionnelle et la taxe sur les conventions d'assurance.

- **La taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé.**

La TSA, prévue par un ensemble de dispositions du code de la sécurité sociale, est assise sur le montant des primes ou cotisations destinées au financement de l'ensemble des remboursements de soins de santé, qui ne sont pas pris en charge légalement par un régime obligatoire d'assurance maladie. Les primes ou cotisations soumises à la taxe se rapportent à tous les contrats, quel que soit leur nature (contrat individuel ou collectif, obligatoire ou facultatif, solidaire ou non, souscrits à titre professionnel ou dans un cadre privé) et leur mode de financement (employeur ou assuré).

Le taux de la taxe est fixé à 6,27% et le produit de la TSA est intégralement affecté au Fonds CMU.

La TSA, contribution à la charge des assurés, est déclarée et payée trimestriellement par les sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance auprès de l'URSSAF d'Ile-de-France, après imputation du montant de remboursement forfaitaire de la prise en charge des dépenses pour leurs propres bénéficiaires de la CMUC et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

	2012	2013	Prévision 2014	Affectataire
Rendement TSA en M€	2 008	2 023	2 084	Fonds CMU : 2 084
Nombre de redevables	637	609	-	-

- **La taxe sur les conventions d'assurances (TSCA)**

La TSCA a été instituée par l'article 21 de la loi du 31 janvier 1944. Elle est régie par les dispositions des articles 991 à 1004 bis du CGI et revêt le caractère d'une taxe *sui generis*, créée en remplacement de droits d'enregistrement et de timbre.

La TSCA concerne toutes les conventions d'assurance conclues avec une société ou compagnie d'assurance ou avec tout autre assureur français ou étranger dès lors que le risque est situé en France ou que la personne concernée y a son domicile ou sa résidence habituelle.

La taxe est perçue sur le montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous les accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré.

La TSCA est déclarée et payée mensuellement par les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance auprès des services de la Direction générale des finances publiques (DGFIP).

Le taux de la TSCA sur les contrats d'assurance maladie complémentaire « non solidaires et responsables » a été porté de 9% à 14% par l'article 19 de la LFSS pour 2014 (le taux était à 7% jusqu'en octobre 2011 puis à 9%) pour les primes et cotisations échues à compter du 1^{er} janvier 2014 : le produit correspondant aux cinq points supplémentaires est affecté à la CNAMTS alors que le produit des neuf autres points demeure affecté aux départements, à l'instar du produit de la TSCA sur l'ensemble des contrats d'assurance autres que maladie.

Les contrats d'assurance maladie complémentaire dits « solidaires et responsable », exonérés de TSCA jusqu'en 2011, y sont quant à eux assujettis au taux de 7% (le taux était de 3,5% pour les primes versées du 01/01/2011 au 01/10/2011). Le produit est affecté à parts égales à la CNAF et à la CNAMTS.

Rendement en M€	2012	2013	Prévision 2014	Affectataires
TSCA sur contrats « solidaires et responsables »	2 029	2 100	2 237	CNAMTS : 1 119 CNAF : 1 119
TSCA sur contrats « non solidaires et responsables »	157	142	196	Départements : 126 CNAMTS : 70

Les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance qui proposent des contrats d'assurance maladie complémentaires doivent donc actuellement déclarer et verser à deux échéances différentes, auprès de deux organismes différents, deux taxes juridiquement distinctes pourtant assises sur le montant des mêmes primes perçues – à quelques différences d'assiette, mineures, près - et toutes deux affectées à la sphère sociale¹ en raison de leur lien indiscutable avec les régimes d'assurance maladie.

Dès lors, une suppression de l'empilement de ces 2 taxes permettrait une simplification du paysage de la fiscalité française et une plus grande lisibilité par les redevables. De même, une rationalisation du recouvrement semble opportune et permettrait de ne pas spécialiser deux administrations distinctes dans le contrôle de contrats complexes au cœur de problématiques sanitaires et sociales spécifiques et renouvelées.

b) Fiscalité des contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur

Actuellement, les contrats d'assurance de véhicules terrestres à moteur sont assujettis à deux contributions distinctes dont les assiettes présentent de fortes similitudes.

• La Taxe spéciale sur les conventions d'assurances (TSCA)

La TSCA vise les conventions d'assurance contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur. La taxe est perçue sur le montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous les accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré.

Le CGI fixe le taux de la TSCA :

- à 18 % pour les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur si la garantie en cause correspond à des risques couverts par les assurances de responsabilité civile ou de dommages garantissant les risques nés de l'usage d'un VTM.
- au taux de droit commun de 9 % pour la garantie « défense recours » et la garantie « assistance aux personnes » prévoyant l'assistance médicale et le rapatriement du conducteur et des passagers du véhicule.
- à un taux de 7 %, 24 % ou 30 % pour la garantie « incendie » selon l'affectation du véhicule.

Certains contrats sont cependant exonérés de TSCA. C'est notamment le cas pour :

- les contrats garantissant les risques de toute nature relatifs aux poids lourds de plus de 3,5 tonnes. Il s'agit des contrats de toute nature garantissant les véhicules eux-mêmes - contrats de responsabilité civile obligatoire ou de dommages aux biens (facultative).
- Les contrats garantissant les risques de toute nature afférents aux camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci.

Le fait générateur de la TSCA se situe à la date d'échéance des primes ou des cotisations, c'est-à-dire la date qui correspond au 1^{er} jour de la période à laquelle est afférente la prime (autrement dit le premier jour de couverture). Elle est déclarée et payée mensuellement par les sociétés d'assurance auprès des services de la Direction générale des finances publiques (DGFiP).

Le produit de la TSCA afférente aux assurances contre les risques de toute nature relatifs aux VTM est affecté aux départements. Son rendement est estimé à 2,8 Md€.

• La contribution sur les véhicules terrestres à moteur (VTM)

Cette contribution, instituée par une ordonnance du 21 août 1967, est régie par les articles L. 137-6 à 9 du code de la sécurité sociale. Elle a pour objet de faire supporter par les propriétaires de VTM une partie du coût, à la charge de la collectivité, des risques liés aux accidents de la circulation.

¹ Hormis la part correspondant à 9 points (sur les 14) de la TSCA sur les contrats maladie «non solidaires et responsables » actuellement affectée aux départements

La contribution sur les véhicules terrestres à moteur est due par toute personne physique ou morale qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.

L'obligation d'assurance vise toute personne physique ou toute personne morale autre que l'Etat, dont la responsabilité civile peut être engagée en raison de dommages subis par des tiers résultant d'atteintes aux personnes ou aux biens dans la réalisation desquels un VTM, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, est impliqué.

L'assiette de la contribution correspond au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisations d'assurance émises (c'est-à-dire appelées) au cours de chaque bimestre¹, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction d'un prélèvement destiné à compenser les frais de gestion (actuellement 0,80 % du produit brut de la cotisation, cf. arrêté du 12 février 2002).

Les primes visées sont celles afférentes à l'assurance obligatoire susmentionnée. Est donc exclue de l'assiette la part des primes afférente à la couverture de tout autre risque que celui de la responsabilité civile obligatoire (vol, incendie, garanties complémentaires au bénéfice des personnes transportées).

Le taux de la contribution est fixé à 15 %.

Le fait générateur est constitué par l'émission des primes par l'organisme assureur. La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.

Le produit de la contribution VTM est recouvré par les URSSAF et affecté à la CNAF. Il s'élevait à 1 049 M€ pour l'année 2013.

Rendement en M€	2012	2013	Prévision 2014
Contribution VTM	1 023	1 049	1 083

Les sociétés d'assurance de VTM qui proposent des contrats d'assurance responsabilité civile obligatoire doivent donc actuellement déclarer et verser à deux échéances différentes, auprès de deux organismes différents (DGFIP et URSSAF), deux taxes distinctes pourtant assises sur des assiettes très largement similaires.

Aussi, une mesure de simplification pour les redevables et de rationalisation du recouvrement permettrait de donner davantage de cohérence à la fiscalité appliquée à ces contrats d'assurance.

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

a) Mesure proposée

• Concernant les contrats d'assurance maladie

Il est proposé, pour les contrats d'assurance maladie ne relevant pas d'un régime obligatoire, de regrouper la TSCA (auxquels ils ne seraient plus soumis) et la TSA par la mise en place d'une TSA modifiée dont les taux sont modulés en fonction des caractéristiques des contrats. Ceci permet de rassembler, au sein d'un même vecteur législatif, la fiscalité portant sur les contrats d'assurance maladie et les garanties qui y sont assimilées. Cette nouvelle TSA reprend notamment l'assiette de la TSCA, plus lisible que celle de l'actuelle TSA, en unifiant le régime global d'imposition sur ces contrats.

Il s'agit d'une mesure de simplification pour les entreprises concernées qui n'auront désormais qu'un seul interlocuteur en matière de fiscalité des contrats d'assurance maladie et ne déclareront ainsi qu'une seule fois la totalité de la taxe grevant ces contrats. Elle est sans impact pour les assurés dont le taux d'assujettissement global reste inchangé.

Elle vise également, dans un souci de rationalisation et de diminution des coûts de gestion, à augmenter l'efficacité de l'action de recouvrement et de contrôle exercée par la sphère publique en passant de deux à un seul organisme en charge de la fiscalité sur les contrats d'assurance maladie, dans le respect des compétences respectives de chacune des administrations concernées.

Compte tenu des liens déjà existants entre l'assurance maladie obligatoire (notamment le fonds CMU) et les organismes proposant des complémentaires de santé ainsi que des récentes mesures visant à leur meilleure coordination et à la généralisation d'une couverture complémentaire de qualité, le recouvrement de cette unique taxe sera confié à la sphère sociale.

La TSA ainsi modifiée continuera ainsi à être recouvrée par la seule URSSAF d'Ile-de-France.

En supprimant la duplication de coûts de collecte et de contrôle, cette mesure doit permettre de réduire les frais de gestion de l'impôt. La bonne application des dispositions relatives aux contrats responsables est en effet un enjeu

¹ Elle est reversée par l'assureur à certaines URSSAF au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre, soit les 15 avril, 15 juin, 15 août, 15 octobre, 15 décembre et 15 février.

important compte tenu des dispositions prises récemment (généralisation de la couverture santé en entreprise, renforcement des règles applicables aux contrats responsables) et il n'est guère envisageable de spécialiser deux administrations en charge sur ce sujet.

A ce sujet, le HCAAM soulevait, en juillet 2013, dans son rapport relatif à la généralisation de la complémentaire santé, qu'« en ce qui concerne les contrats individuels, le contrôle du caractère solidaire et responsable justifiant d'un régime favorable de TSCA, ressort des services fiscaux mais sa technicité sur le fond exige une adaptation et une formation adéquates ». Pourtant, les avantages fiscaux et sociaux attachés à ces contrats justifient un contrôle accru de la puissance publique des critères qui leurs sont attachés.

Par ailleurs, cette mesure s'accompagne d'une clarification de l'actuelle assiette de la TSA, difficilement lisible pour les redevables. Cette assiette serait alignée sur celle de la TSCA qui comprend, outre le montant des primes, tous les accessoires dont le gestionnaire du contrat d'assurance bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré. Cette clarification de l'assiette de la TSA modifiée évitera toute optimisation sociale visant à basculer l'ensemble des frais de gestion entrant actuellement dans l'assiette vers des frais d'avenant ou d'autres frais accessoires qui en sont quant à eux actuellement exclus. Cet élargissement d'assiette aura (à taux inchangés) un impact mineur sur le rendement de la taxe et en permettra une meilleure lisibilité.

S'agissant des contrats de santé, la mesure ne remet pas en cause la modulation actuelle du taux de prélèvement en vertu du caractère responsable ou non du contrat : en effet, les taux de base, établis à 7 % (contrats IJ et contrats au 1^{er} euro, pour les personnes non prises en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie) et 13,27 % (contrats santé solidaires et responsables), de la nouvelle taxe sont majoré de 7 points lorsque le contrat ne remplit pas les conditions du contrat solidaire et/ou responsable. Les taux applicables à la TSA modifiée sont récapitulés dans le tableau ci-après.

Taux	6,27 %	7%	13,27%	14%	20,27%
Nature du contrat	- Contrats collectifs dont moins de 20 % des garanties visent des dépenses de santé ; - Contrats solidaires et responsables souscrits par les exploitants agricoles et leurs salariés.	- Contrats IJ et part IJ des contrats couplés - Contrats au 1 ^{er} euro (personnes non prises en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie)	Contrats santé solidaires et responsables	Contrats IJ et part IJ des contrats couplés non solidaires	Contrats santé non solidaires et responsables

Par ailleurs, ce transfert permet de clarifier le traitement fiscal des contrats ayant pour objet l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré lorsque son état physique nécessite un arrêt temporaire de travail. Ces primes constituent en effet des droits à prestations en espèces et ne sont à cet égard pas soumises à la TSA. Au regard de la TSCA, ces garanties sont aujourd'hui assimilées à des garanties de couverture des frais de santé (prestations en nature) auxquelles s'appliquent les critères des contrats solidaires et des contrats responsables alors même que seuls les critères des contrats solidaires sont pertinents les concernant. La logique de responsabilité reposant sur le respect du parcours de soins coordonnés et la définition d'un panier de soins minimum ne trouve en effet pas à s'appliquer aux indemnités journalières.

Dans un souci de cohérence et de lisibilité, la totalité de la nouvelle TSA est affectée à la sphère sociale, y compris donc la part¹ de la TSCA sur les contrats non « solidaires et responsables » actuellement affectée aux départements. Une compensation est prévue pour les départements par une affectation d'une part de la TSCA complémentaire créée sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur (VTM) en remplacement de la contribution sur les VTM (voir la mesure X).

Cette mesure s'inscrit dans la démarche de simplification annoncée par le Président de la République. Elle permet ainsi de réduire et simplifier les obligations fiscales des sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance relatives à leurs contrats d'assurance maladie complémentaire et leur propose un interlocuteur fiscal unique pour les contrats santé.

Par ailleurs, cette mesure permet de flécher plus aisément l'affectation des montants dus au Fonds CMU (pour la part correspondant à un taux de 6,27% du taux de droit commun de 13,27% sur les contrats santé), à la CNAF et à la CNAMTS (le solde étant affecté par parts égales à ces deux organismes). Le tableau ci-après détaille les différents affectataires de la TSA modifiée.

¹ Correspondant au produit de 9 points sur les 14 de taxation des contrats non « solidaires et responsables », soit 126 M€ en 2013.

Nature du contrat	Contrats santé	Contrats IJ et part IJ des contrats couplés	Contrats au 1 ^{er} euro	Contrats de l'article 998 1 ^o du CGI (contrats collectifs dont les garanties santé n'excèdent pas 20% du contrat)
Taux de droit commun	13,27%	7%	7%	6,27%
Affectataire de la part de droit commun	Fonds CMU pour la part correspondant à un taux de 6,27% Répartition 50/50 du reliquat de 7 points entre CNAF et CNAMTS	50% CNAF 50% CNAMTS	50% CNAF 50% CNAMTS	Fonds CMU
Part supplémentaire correspondant au taux majoré en cas de non-respect du critère solidaire et / ou responsable	+7%	+7%	Sans objet	Sans objet
Affectataire de la part majorée	50% CNAF 50% CNAMTS	50% CNAF 50% CNAMTS	Sans objet	Sans objet

Enfin, le recouvrement de cette TSA élargie réduira significativement les situations de déclarations créditrices et les opérations de remboursement induites par l'imputation sur la TSA due actuellement des montants de CMUc et d'ACS avancés par les assureurs. Cette mesure permet donc potentiellement d'améliorer la gestion de trésorerie des assureurs concernés.

Afin d'assurer la bonne coordination entre les directions en charge du recouvrement, il est prévu la possibilité d'échanges d'informations.

Un petit nombre de différences existent entre la TSA et la TSCA et seront traitées de la manière suivante.

Contrats dans le secteur agricole

Les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4, L. 722-9, au 1^o de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes, lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation, si ces garanties sont solidaires et responsables.

Il est proposé, dans le cadre de la mesure, de maintenir ces distinctions en instaurant un taux spécifique minoré de 6,27 % correspondant au seul taux actuel de TSA. Ce taux minoré applicable aux contrats solidaires et responsables souscrits par les exploitants agricoles et leurs salariés fait partie de la politique sectorielle agricole, dans la mesure où cette disposition fiscale impacte directement la rentabilité de leur activité.

Comme c'est le cas aujourd'hui, les contrats d'assurance maladie complémentaire des exploitants agricoles et de leurs salariés non solidaires et responsables seront soumis au taux global de 20,7 % (13,7 % + 7 %).

Cas des contrats dits « au 1^{er} euro »

Les contrats se rapportant à la couverture santé des personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (par exemple des français expatriés) sont actuellement soumis à TSCA au taux de 7% mais exonérés de TSA car ces contrats ne viennent pas en complément de prestations couvertes par un régime d'assurance maladie obligatoire.

Il est proposé de ne pas modifier le niveau actuel d'imposition de ces contrats en les soumettant à un taux spécifique de TSA de 7%.

Les indemnités journalières (IJ)

Actuellement les contrats IJ sont assimilés, en matière de TSCA, à des contrats frais de santé et, du fait de l'usage répandu des questionnaires médicaux, soumis à la TSCA de 14 % applicable pour les contrats non responsables et

solidaires. Pour la part J des contrats couplés santé-J, la doctrine administrative fixe le taux au regard des caractères solidaire et responsable ou non des garanties santé.

Les contrats J ne sont en revanche pas soumis à l'actuelle TSA qui ne concerne pas les prestations en espèces¹.

Dans un souci de simplification, notamment pour les mutuelles et institutions de prévoyance, afin de supprimer toute obligation de déclaration de TSCA, il est proposé d'assujettir les contrats J à la TSA au taux spécifique de 7%. Ce taux sera majoré de 7 points en cas de non respect des critères des contrats solidaires (la condition tenant au critère responsable ne pouvant pas s'appliquer aux contrats garantissant exclusivement les indemnités journalières).

Les garanties «indemnités journalières», prestations en espèces, et les contrats au 1^{er} euro qui ne viennent pas en complément de prestations couvertes par un régime d'assurance maladie obligatoire, sont exclues du champ de l'actuel TSA. Dès lors, il convient de les exclure de la part² du taux de la TSA fusionnée qui est affectée au Fonds CMU pour couvrir les dépenses de solidarité en matière de couverture complémentaire des dépenses de maladie en nature (CMU complémentaire et aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé (ACS)). Ces garanties ou contrats sont donc assujettis à un taux minoré de 7 % correspondant au seul taux actuel de la TSCA.

Contrats mentionnés au 1^o de l'article 998 du code général des impôts

De même, en raison de la faible part qu'y occupe le remboursement des dépenses maladie en nature, il est logique d'assujettir à taux réduit, les contrats d'assurance maladie de groupe dont 80% au moins de la prime ou de la cotisation globale sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident. Ces contrats sont actuellement exonérés de TSCA mais assujettis à la TSA.

• Concernant les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur

Il est proposé, pour les contrats d'assurance responsabilité civile obligatoire, de remplacer leur assujettissement actuel à la contribution VTM par leur assujettissement à deux taux de TSCA spécifiques :

- 33% (18% + 15%) pour les contrats afférents à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances ;
- 15% (correspondant au seul taux de l'actuelle contribution VTM, ces contrats étant actuellement exonérés de TSCA) pour les contrats suivants :
 - assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances et concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ;
 - assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances et concernant les camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci.

Ces taux ne font que reprendre la situation actuelle. La mesure est donc sans impact pour les assurés.

Cette TSCA aux taux spécifiques sera recouvrée par la DGFiP à l'appui de la déclaration actuelle de la TSCA. La part de TSCA venant en remplacement de la contribution VTM sera affectée à la CNAF. Il convient néanmoins d'en affecter une part aux départements en compensation de la part de la TSCA sur les contrats d'assurance maladie non solidaires et responsables actuellement affectée aux départements et qui, dans le cadre de la mesure de fusion de la TSCA et de la TSA sera désormais affectée à parts égales à la CNAF et à la CNAFMS. Seront donc affectés à la CNAF le produit correspondant à 13,3 points du taux de 33% et la totalité de la TSCA au taux de 15% concernant les contrats d'assurances des poids lourds, camions, camionnettes et fourgonnettes à usage exclusivement utilitaire des exploitations agricoles (voir tableau ci-après).

	Contrats VTM de droit commun		Contrats des VTM camions, camionnettes et fourgonnettes à usage exclusivement utilitaire des exploitations agricoles + VTM utilitaires d'un PTAC > 3,5 tonnes
Taux global	33%		15%
	15 % (VTM)	18 % (TSCA)	
Affectataires	13,3% : CNAF	Départements	CNAF
	1,7% : départements		

¹ circulaire DSS du 8 avril 2011

² 6,27 points sur le taux de 13,27 %.

La contribution VTM sera pour sa part supprimée.

Il s'agit d'une mesure de simplification pour les redevables qui n'auront désormais qu'un seul interlocuteur en matière de fiscalité des contrats d'assurance de VTM et dont une obligation déclarative sera de facto également supprimée.

Une telle mesure permettra en outre d'éviter la duplication des coûts de collecte et de contrôle.

Elle s'inscrit donc pleinement dans la démarche de simplification annoncée par le Président de la République : elle permet en effet de réduire et simplifier les obligations fiscales des sociétés d'assurance et leur propose un interlocuteur fiscal unique pour les garanties incendies, accidents, risques divers.

Par ailleurs, cette mesure vise, dans un souci de rationalisation, à augmenter l'efficacité de l'action de recouvrement et de contrôle exercée par la sphère publique en passant de deux à un seul organisme en charge de la fiscalité sur les contrats d'assurance des VTM.

Certains contrats d'assurance automobile sont assujettis à la contribution VTM mais sont exonérés de TSCA :

- les contrats d'assurance contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes (article 995 11°) ;
- les contrats d'assurance couvrant les risques de toute nature afférents aux camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires et affectés aux exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci (article 995 12°).

Aussi, l'objectif poursuivi par la mesure étant celui d'une simplification pour les redevables et non de rendement, il est proposé de maintenir ces exonérations concernant le taux de TSCA de droit commun actuel (soit 18%) par la création d'un taux spécifique de TSCA de 15% (correspondant au seul taux de l'actuelle contribution VTM).

Ce taux minoré applicable aux seules assurances concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes permet ainsi de maintenir une fiscalité des transporteurs français proche de celle de leurs concurrents européens. En effet, à l'échelle communautaire, une trop grande disparité de la fiscalité est source de distorsions de concurrence notamment dans le domaine des transports. Il s'agit donc de maintenir le respect du principe communautaire de non discrimination entre les entreprises et d'assurer la meilleure application possible de la libre prestation de services, applicable en matière d'assurance.

Pour ce qui concerne les camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci, l'instauration d'un taux minoré à 15% s'inscrit dans le cadre de la politique agricole, comme cela a déjà été mentionné en matière de contrat d'assurance maladie. Il convient néanmoins de souligner que l'instauration de taux modulés dans le cadre de cette mesure afférente à la fiscalité des contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur et à la fiscalité des contrats d'assurance maladie vise avant tout à garantir aux redevables et aux affectataires la neutralité financière d'une réforme dont l'objectif exclusif reste la rationalisation, la simplification et donc l'efficacité du recouvrement de ces taxes.

b) Autres options possibles

Dans un objectif également de rendement, une remise en cause des spécificités actuelles (exonérations de l'une ou l'autre des taxes et contributions) auraient pu être proposée à l'occasion de cette mesure de simplification et de rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie et VTM. Néanmoins, cette remise en cause aurait conduit à un alourdissement de la charge fiscale pesant sur les assurés qui n'apparaît pas souhaitable. Aussi, cet objectif de rendement a été écarté.

Par ailleurs, il aurait pu être envisagé de confier le recouvrement de la nouvelle imposition résultant du rapprochement de la contribution VTM et de la TSCA aux URSSAF, qui assurent aujourd'hui le recouvrement de la contribution VTM. Cette option a été écartée, car elle aurait conduit à maintenir deux interlocuteurs pour le recouvrement de la TSCA, les services fiscaux et les URSSAF sur le compartiment relatif aux véhicules terrestres à moteur. Par ailleurs, le contrôle des contrats d'assurance relatifs aux VTM ne recoupe aucune compétence particulière des URSSAF.

Enfin, il a été jugé préférable de fixer l'entrée en vigueur de la mesure au 1^{er} janvier 2016 plutôt qu'à une date plus anticipée afin de laisser aux redevables le temps nécessaire à la mise à jour de leurs systèmes d'information.

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

Le produit de la TSA modifiée est affecté au financement du Fonds CMU, de la CNAMTS et de la CNAF.

Le produit de la contribution VTM abrogée et « transférée » sur la TSCA est affecté au financement de la CNAF.

La mesure proposée a donc un effet sur les recettes du régime concerné et elle est relative à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées aux régimes obligatoires de base.

Elle relève ainsi du 2^e et du 3^e 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 991, 995 et 1001 du code général des impôts sont modifiés.

Les articles L. 137-6, L. 137-7 et L. 137-9 du code de la sécurité sociale sont abrogés et les articles L. 138-20, L. 862-3, et L. 862-4 du même code sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable en matière de contrats d'assurance maladie</i>
	<i>Mesure non applicable en matière de contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La totalité de la TSA élargie sera affectée à la sphère sociale. Les montants de TSA aujourd'hui affectés au fonds CMU demeureront inchangés et le reste de la TSA ainsi modifiée sera affectée à parts égales à la CNAMTS et la CNAF.

Actuellement, les départements sont également affectataires du produit correspondant à 9% du taux de TSCA de 14% relatif aux contrats maladie non solidaires et responsables. Le montant de cette TSCA attendu pour 2014 s'élève à 126 M€ environ. Il est ainsi proposé d'affecter en compensation une partie de la nouvelle TSCA sur les contrats automobiles élargie en remplacement de l'actuelle contribution VTm.

Cette solution permet de ne pas créer de circuit de financement nouveau entre la sécurité sociale et l'Etat ou la sécurité sociale et les départements.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
CNAF				0 M€	0 M€
CNAMTS				0 M€	0 M€
Fonds CMU				0 M€	0 M€
Départements				0 M€	0 M€

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure est sans impact pour les assurés, les taux réduits et exonérations existants étant en particulier reconduits¹.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure est neutre pour les assurés.

¹ Exonération de TSCA dont bénéficient actuellement :

les contrats garantissant les risques de toute nature relatifs aux poids lourds de plus de 3,5 tonnes ;

les contrats garantissant les risques de toute nature afférents aux camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci ;

les contrats d'assurance maladie complémentaire solidaires et responsables des exploitants agricoles et de leurs salariés.

les contrats d'assurance maladie souscrits dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du CGI.

Elle aura potentiellement un impact sur les systèmes d'information des sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance et des organismes de recouvrement, compte tenu des mises à jour à prévoir mais cette mesure aboutira à simplifier la charge administrative pour les redevables concernés ainsi que le processus de recouvrement.

En effet, les redevables de la TSA et de la TSCA sur les contrats d'assurance maladie n'auront désormais qu'une déclaration et un paiement trimestriel à effectuer auprès de l'URSSAF contre actuellement une déclaration mensuelle auprès de la DGFIP et une déclaration trimestrielle auprès de l'URSSAF. De plus, les situations de déclaration de TSA créditrice (du fait de l'imputation de la CMU-c et de l'ACS) devraient quasiment disparaître, ce qui représente une amélioration potentielle de la trésorerie des redevables concernés.

Par ailleurs, les actuels redevables de la contribution VTM et de la TSCA sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur n'auront désormais qu'une déclaration et un paiement mensuels à effectuer auprès de la DGFIP contre actuellement une déclaration mensuelle auprès de la DGFIP et une déclaration bimestrielle auprès de l'URSSAF.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Concernant les contrats d'assurance maladie, la mesure prévoit que le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle modifiée continue à être confié à l'Urssaf d'Ile-de-France. Elle s'assimile essentiellement en gestion courante pour cet organisme à un changement des taux de la taxe actuelle.

Elle conduira pour la DGFIP à une suppression du contrôle de l'assiette liée aux contrats maladie, et à leur caractère responsable ou non et au recouvrement de la totalité de la taxe grevant les contrats d'assurance des VTM. Une mise à jour de l'imprimé déclaratif est nécessaire.

Afin d'assurer la bonne coordination entre les directions en charge du recouvrement, des échanges entre les 2 administrations pourront être effectués.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mesure ne nécessite pas de texte d'application.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

L'entrée en vigueur de la mesure est prévue au 1^{er} janvier 2016 afin de laisser le temps nécessaire aux redevables pour adapter leurs systèmes d'information et bien prendre en compte l'ensemble des effets de la mesure.

Pour faciliter la mise à jour des systèmes d'information des redevables, il est prévu des modalités d'entrée en vigueur permettant de procéder au basculement vers la nouvelle TSA modifiée, pour les contrats santé, ou vers la nouvelle TSCA, pour les contrats relatifs aux véhicules terrestres à moteur, en une seule fois au 1^{er} janvier 2016, sans effet de « queue de comète » généré par des entrées en vigueur différées, contrat par contrat.

Ainsi, il est prévu que tous les faits générateurs des impôts concernés intervenant à compter du 1^{er} janvier 2016 induisent une application des nouvelles règles aux primes ou cotisations.

Néanmoins, compte tenu des spécificités en matière de fait générateur des contribution et taxes concernées, il est prévu des dispositions dérogatoires à ce principe général permettant de traiter les cas de taxe due postérieurement au 1^{er} janvier 2016 mais concernant des primes ou cotisations dont le fait générateur d'imposition est antérieur au 1^{er} janvier 2016 (soit le cas des contrats à cheval sur les années 2015 et 2016).

Ainsi, pour ce qui concerne les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur, les primes ou cotisations dont le fait générateur de la contribution VTM (ie correspondant à la date de prise d'effet de la garantie) est antérieur au 1^{er} janvier 2016 ont été soumises en totalité à la contribution VTM alors que potentiellement, en matière de TSCA, seules les fractions de prime ou cotisation ayant été payées avant le 1^{er} janvier 2016 ont été soumises à la TSCA¹. Aussi, il convient de préciser que dans ces cas, les fractions de prime ou cotisation versées postérieurement au 1^{er} janvier 2016

¹ En matière de TSCA, le fait générateur correspond à la date de prise d'effet de la garantie sauf si la prime ou cotisation donne lieu à un paiement fractionné, auquel cas, il y a fractionnement du fait générateur.

ne doivent être soumis qu'au taux de 18 % correspondant au taux de la TSCA en vigueur antérieurement au 1^{er} janvier 2016 (à l'exception des dispositions applicables aux poids lourds).

De la même manière, pour ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, les primes ou cotisations dont le fait générateur de la TSA (ie correspondant à la date de prise d'effet de la garantie) est antérieur au 1^{er} janvier 2016, seule une fraction de TSA peut avoir été payée puisqu'il existe une tolérance permettant aux redevables de verser la taxe due par quart et, également, seule une fraction de la TSCA a potentiellement été déclarée et versée, en application des possibilités de fractionnement du paiement offertes, induisant, pour la TSCA seule, fractionnement de fait générateur. Dans ce cas, la TSCA disparaît au 1^{er} janvier 2016 puisque ces contrats en deviennent exonérés. Il convient alors de permettre le paiement, selon les modalités prévues par le présent article et au taux fusionné applicable, des fractions de taxe restant dues alors même que le fait générateur de la TSA a déjà eu lieu, sous l'empire des anciennes règles d'assiette et de l'ancien taux. Cette modalité dérogatoire permet donc de soumettre à la TSA fusionnée les fractions d'assiette qui n'ont pas déjà fait l'objet d'un versement de TSCA. En ce qui concerne la TSA, le fait générateur est déjà intervenu et le calcul des quarts restant relève d'une simple modalité de versement de la taxe, laquelle devra éventuellement être recalculée afin que les versements à venir couvrent la totalité de l'assiette. Ces modalités de recouvrement pourront éventuellement être précisées par commentaire administratif.

Ces différentes modalités d'entrée en vigueur, ici exposées, ont vocation à éviter toute situation de double imposition ou d'absence de taxation. Elles sont, dans tous les cas, neutres pour les assurés, puisqu'aucune modification des taux globaux d'imposition n'en découle.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La DGFIP, l'ACOSS et l'URSSAF Ile-de-France informeront les intéressés de la suppression de la TSCA sur les contrats d'assurance maladie (dispositif prévu par le code général des impôts) et de la modification parallèle de la TSA prévue par le code de la sécurité sociale. Cette information sera assurée en lien avec la FFSA, le CTIP, la FNMF et le GEMA.

De la même façon, l'ACOSS, les Urssaf et la DGFIP informeront les intéressés de la suppression de la contribution VTM (dispositif prévu par le code de la sécurité sociale) et de l'aménagement parallèle des taux de TSCA (dispositif prévu dans le code général des impôts). Cette information sera assurée en lien avec la FFSA et le GEMA.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure est couverte par l'objectif 4 (simplifier les procédures de financement) de la partie II du PQE financement annexé au PLFSS pour 2015.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 995 du code général des impôts	Article 995 modifié du code général des impôts
<p>Sont exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances :</p> <p>1° Les réassurances, sous réserve de ce qui est dit à l'article 1000 ;</p> <p>2° Les assurances bénéficiant, en vertu de dispositions exceptionnelles autres que celles de l'article 1087, de l'exonération de droits d'enregistrement ;</p> <p>3° Les contrats d'assurances sur corps, marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur, des navires de commerce et des navires de pêche souscrits contre les risques de toute nature de navigation maritime ou fluviale ;</p> <p>4° Les contrats d'assurances sur corps, marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur, des aéronefs souscrits contre les risques de toute nature de navigation aérienne ;</p> <p>5° Les contrats d'assurances sur la vie et assimilés y compris les contrats de rente viagère ;</p> <p>5° bis (Abrogé) ;</p> <p>6° Les contrats d'assurances sur les risques de gel de récoltes et de tempêtes sur récoltes ou sur bois sur pied ;</p> <p>7° Les contrats d'assurances sur marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur des transports terrestres ;</p> <p>8° Les assurances des crédits à l'exportation ;</p> <p>9° Les contrats de garantie souscrits auprès des entreprises d'assurances en application de l'article L. 214-174 du code monétaire et financier et de l'article 9 modifié du décret n° 89-158 du 9 mars 1989 portant application des articles 26 et 34 à 42 de la loi n° 88-1201 du 23 décembre 1988 modifiée et relatif aux fonds communs de créances ;</p> <p>10° Les contrats souscrits par le Centre national de transfusion sanguine pour le compte des centres de transfusion sanguine auprès du groupement d'assureurs des risques de transfusion sanguine pour satisfaire aux conditions de l'assurance obligatoire des dommages causés aux donneurs et aux receveurs de sang humain et de produits sanguins d'origine humaine ;</p> <p>11° Les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ;</p> <p>12° Les contrats d'assurance couvrant les risques de toute nature afférents aux récoltes, cultures, cheptel vif, cheptel mort, bâtiments affectés aux exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci.</p>	<p>Sont exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances :</p> <p>1° Les réassurances, sous réserve de ce qui est dit à l'article 1000 ;</p> <p>2° Les assurances bénéficiant, en vertu de dispositions exceptionnelles autres que celles de l'article 1087, de l'exonération de droits d'enregistrement ;</p> <p>3° Les contrats d'assurances sur corps, marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur, des navires de commerce et des navires de pêche souscrits contre les risques de toute nature de navigation maritime ou fluviale ;</p> <p>4° Les contrats d'assurances sur corps, marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur, des aéronefs souscrits contre les risques de toute nature de navigation aérienne ;</p> <p>5° Les contrats d'assurances sur la vie et assimilés y compris les contrats de rente viagère ;</p> <p>5° bis (Abrogé) ;</p> <p>6° Les contrats d'assurances sur les risques de gel de récoltes et de tempêtes sur récoltes ou sur bois sur pied ;</p> <p>7° Les contrats d'assurances sur marchandises transportées et responsabilité civile du transporteur des transports terrestres ;</p> <p>8° Les assurances des crédits à l'exportation ;</p> <p>9° Les contrats de garantie souscrits auprès des entreprises d'assurances en application de l'article L. 214-174 du code monétaire et financier et de l'article 9 modifié du décret n° 89-158 du 9 mars 1989 portant application des articles 26 et 34 à 42 de la loi n° 88-1201 du 23 décembre 1988 modifiée et relatif aux fonds communs de créances ;</p> <p>10° Les contrats souscrits par le Centre national de transfusion sanguine pour le compte des centres de transfusion sanguine auprès du groupement d'assureurs des risques de transfusion sanguine pour satisfaire aux conditions de l'assurance obligatoire des dommages causés aux donneurs et aux receveurs de sang humain et de produits sanguins d'origine humaine ;</p> <p>11° Les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes, à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue par l'article L. 211-1 du code des assurances ;</p> <p>12° Les contrats d'assurance couvrant les risques de toute nature afférents aux récoltes, cultures, cheptel vif, cheptel mort, bâtiments affectés aux exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci, à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules</p>

<p>Cette exonération s'applique, dans les mêmes conditions, aux camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires ;</p> <p>13° Les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4, L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes, lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation, si ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>14° Les contrats d'assurance dépendance ;</p> <p>15° et 16° Abrogés ;</p> <p>17° Les cotisations versées par les exploitants de remontées mécaniques dans le cadre du système mutualiste d'assurance contre les aléas climatiques</p>	<p>terrestres à moteur prévue par le même article L. 211-1.</p> <p>Cette exonération s'applique, dans les mêmes conditions, aux camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires ;</p> <p>13° (Abrogé) Les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4, L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes, lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation, si ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>14° Les contrats d'assurance dépendance ;</p> <p>15° et 16° Abrogés ;</p> <p>17° Les cotisations versées par les exploitants de remontées mécaniques dans le cadre du système mutualiste d'assurance contre les aléas climatiques</p> <p>18° Les contrats d'assurance maladie assujettis à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>Article 1001 du code général des impôts</p>	<p>Article 1001 modifié du code général des impôts</p>
<p>Le tarif de la taxe spéciale sur les contrats d'assurances est fixé :</p> <p>1° Pour les assurances contre l'incendie :</p> <p>A 7 % pour les assurances contre l'incendie relatives à des risques agricoles non exonérés ; sont, d'une manière générale, considérées comme présentant le caractère d'assurance de risques agricoles, les assurances de tous les risques des personnes physiques ou morales exerçant exclusivement ou principalement une profession agricole ou connexe à l'agriculture telles que ces professions sont définies par les articles L722-9 et L722-28 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que les assurances des risques des membres de leurs familles vivant avec eux sur l'exploitation et de leur personnel et les assurances des risques, par leur nature, spécifiquement agricoles ou connexes ;</p> <p>A 24 % pour les assurances contre l'incendie souscrites auprès des caisses départementales ;</p> <p>A 30 % pour toutes les autres assurances contre l'incendie ;</p> <p>Toutefois les taux de la taxe sont réduits à 7 % pour les assurances contre l'incendie des biens affectés de façon permanente et exclusive à une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole, ainsi que des bâtiments administratifs des collectivités locales ;</p> <p>2° Pour les assurances garantissant les pertes d'exploitation consécutives à l'incendie dans le cadre d'une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole :</p> <p>A 7 % ;</p> <p>2° bis à 7 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs</p>	<p>Le tarif de la taxe spéciale sur les contrats d'assurances est fixé :</p> <p>1° Pour les assurances contre l'incendie :</p> <p>A 7 % pour les assurances contre l'incendie relatives à des risques agricoles non exonérés ; sont, d'une manière générale, considérées comme présentant le caractère d'assurance de risques agricoles, les assurances de tous les risques des personnes physiques ou morales exerçant exclusivement ou principalement une profession agricole ou connexe à l'agriculture telles que ces professions sont définies par les articles L722-9 et L722-28 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que les assurances des risques des membres de leurs familles vivant avec eux sur l'exploitation et de leur personnel et les assurances des risques, par leur nature, spécifiquement agricoles ou connexes ;</p> <p>A 24 % pour les assurances contre l'incendie souscrites auprès des caisses départementales ;</p> <p>A 30 % pour toutes les autres assurances contre l'incendie ;</p> <p>Toutefois les taux de la taxe sont réduits à 7 % pour les assurances contre l'incendie des biens affectés de façon permanente et exclusive à une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole, ainsi que des bâtiments administratifs des collectivités locales ;</p> <p>2° Pour les assurances garantissant les pertes d'exploitation consécutives à l'incendie dans le cadre d'une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole :</p> <p>A 7 % ;</p> <p>2° bis (Abrogé) à 7 % pour les contrats d'assurance maladie</p>

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 du code de la sécurité sociale, ainsi que pour les 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 ;

2° ter A 14 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative et les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire qui ne satisfont pas à l'ensemble des conditions prévues au 2° bis respectivement pour ces deux types de contrat ;

3° à 19 % pour les assurances contre les risques de toute nature de navigation maritime ou fluviale des bateaux de sport ou de plaisance ;

4° (Abrogé) ;

5° (Abrogé) ;

5° bis à 18 % pour les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur ;

6° Pour toutes autres assurances :

A 9 %.

Les risques d'incendie couverts par des assurances ayant pour objet des risques de transport sont compris dans les risques désignés sous le 3° ou sous le 5° bis.

Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception du produit de la taxe afférente aux contrats visés au 2° bis, qui est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à l'exception d'une fraction du produit de la taxe afférente aux contrats mentionnés au 2° ter qui est affectée, pour la part correspondant à un taux de 5 %, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

~~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 du code de la sécurité sociale, ainsi que pour les 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 ;~~

~~2° ter (Abrogé) A 14 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative et les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire qui ne satisfont pas à l'ensemble des conditions prévues au 2° bis respectivement pour ces deux types de contrat ;~~

~~3° à 19 % pour les assurances contre les risques de toute nature de navigation maritime ou fluviale des bateaux de sport ou de plaisance ;~~

~~4° (Abrogé) ;~~

~~5° (Abrogé) ;~~

~~5° bis à 18 % pour les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur autres que les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue par l'article L. 211-1 du code des assurances ;~~

~~5° ter A 15 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue par le même article L. 211-1 et concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ainsi que les camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci.~~

~~A 33 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par le même article L. 211-1 pour les véhicules autres que ceux mentionnés au précédent alinéa ;~~

~~6° Pour toutes autres assurances :~~

~~A 9 %.~~

~~Les risques d'incendie couverts par des assurances ayant pour objet des risques de transport sont compris dans les risques désignés sous le 3° ou sous le 5° bis.~~

~~Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception du produit de la taxe afférente aux contrats visés au 2° bis, qui est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à l'exception d'une fraction du produit de la taxe afférente aux contrats mentionnés au 2° ter qui est affectée, pour la part correspondant à un taux de 5 %, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés~~

Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception de la fraction correspondant à un taux de

	<p>13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la taxe au taux de 15 % mentionnés au 5^{ter} qui sont affectés dans les conditions prévues par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale</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> <ul style="list-style-type: none"> -à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,5 % ; -à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,5 % ; -au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 19 % ; <p>2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</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 mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts est affecté, à parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p> <p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</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"> a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 60 % ; b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 8,97 % ; c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ; d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ; e) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du 	<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> <ul style="list-style-type: none"> -à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,5 % ; -à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,5 % ; -au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 19 % ; <p>2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</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 mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts est affecté, à parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ;</p> <p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</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"> a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 60 % ; b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 8,97 % ; c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ; d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code,

<p>même code, pour une fraction correspondant à 7,48 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;</p> <p>f) A l'Etablissement 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 ;</p> <p>g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;</p> <p>h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 %.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>	<p>pour une fraction correspondant à 1,89 % ;</p> <p>e) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,48 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;</p> <p>f) A l'Etablissement 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 ;</p> <p>g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;</p> <p>h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 %.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>
<p align="center">Article L. 137-6 du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 137-6 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Une contribution est due par toute personne physique ou morale qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.</p> <p>Le taux de la contribution est fixé à 15 % du montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation afférentes à l'assurance obligatoire susmentionnée.</p>	<p>(Abrogé) Une contribution est due par toute personne physique ou morale qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.</p> <p>Le taux de la contribution est fixé à 15 % du montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation afférentes à l'assurance obligatoire susmentionnée.</p>
<p align="center">Article L. 137-7 du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 137-7 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.</p> <p>Les entreprises d'assurance versent le produit de la contribution au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre. Ce produit correspond au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les</p>	<p>(Abrogé) La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.</p> <p>Les entreprises d'assurance versent le produit de la contribution au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre. Ce produit correspond au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont</p>

<p>frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.</p> <p>La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p><i>le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.</i></p> <p><i>La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</i></p>
<p>Article L. 137-9 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 137-9 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente section</p>	<p><i>(Abrogé) Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente section</i></p>
<p>Article L. 138-20 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 138-20 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.</p>	<p>Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.</p>
<p>Article L. 862-3 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 862-3 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les recettes du fonds institué à l'article L. 862-1 sont constituées du produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 et d'une fraction, fixée à l'article L. 131-8, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts.</p>	<p>Les recettes du fonds institué à l'article L. 862-1 sont constituées d'une fraction du produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 et d'une fraction, fixée à l'article L. 131-8, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts.</p>
<p>Article L. 862-4 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 862-4 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I. — Il est perçu, au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.</p> <p>La taxe est assise sur la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance</p>	<p>I. — Il est perçu, au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.</p> <p>La taxe est assise sur le montant des sommes stipulées la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité,</p>

<p>régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.</p> <p>Elle est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.</p> <p>II. — Le taux de la taxe est fixé à 6,27 %.</p>	<p>d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service. Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient directement ou indirectement du fait de l'assuré.</p> <p>Elle est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.</p> <p>II. — Le taux de la taxe est fixé à 6,27% 13,27 %.</p> <p>Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative sous réserve que l'organisme ne recueille pas au titre de ce contrat d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues par l'article L. 871-1.</p> <p>Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues par article L. 871-1.</p> <p>Lorsque l'ensemble de ces conditions n'est pas respecté, le taux est majoré de 7 points.</p> <p>// bis. - Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé à :</p> <p>1° 6,27 % pour les contrats d'assurance maladie complémentaire afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé souscrits dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;</p> <p>2° 6,27 % pour les contrats d'assurance maladie complémentaire afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou</p>
--	--

<p>III. - Les modalités de versement ou d'imputation des remboursements prévus aux a et b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret.</p>	<p>connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues par l'article L. 871-1 du présent code, et 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ;</p> <p>3° 7 % pour les contrats d'assurance maladie afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;</p> <p>4° 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités journalières selon les modalités prévues par le 5° de l'article L. 321-1, à l'exception de celles figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II <i>bis</i>, sous réserve que l'organisme ne recueille pas au titre de ce contrat d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et 14 % si ces conditions ne sont pas respectées.</p> <p>III. - Les modalités de versement ou d'imputation des remboursements prévus aux a et b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret.</p> <p>IV. - Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II <i>bis</i>, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du II <i>bis</i> est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté par parts égales à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales.</p>
--	--

ARTICLE 14 – Normalisation du versement des cotisations sociales par les employeurs affiliés à des caisses de congés payés

I. Présentation de la mesure

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

L'indemnisation des congés payés relève de la compétence des employeurs. Toutefois, dans certaines branches d'activité caractérisées par le caractère parfois discontinu des périodes de travail et l'itinérance des salariés, des caisses de congés payés ont historiquement été mises en place pour assurer la gestion et la prise en charge des indemnités de congé des salariés à la place des employeurs.

Ces caisses existent dans quatre secteurs : celui du bâtiment et travaux publics (BTP), celui des spectacles, celui des transports (uniquement dans certains départements) et celui de la manutention portuaire. Ce dispositif concerne environ 1,8 million de salariés, dont 90 % pour le seul secteur du BTP.

Pour les entreprises affiliées aux caisses de congés, les caisses se substituent également aux employeurs pour le versement aux organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues au titre des indemnités versées aux salariés pendant leurs congés.

Les caisses sont elles-mêmes financées par des cotisations prélevées auprès des employeurs et destinées à couvrir l'ensemble des frais liés à la prise de congé, y compris les cotisations et contributions sociales correspondantes.

Toutefois, les règles applicables restent très disparates selon les différents types de cotisations et impositions et également selon les exonérations (allègements généraux, allègements ciblés, CICE¹) qui les concernent : certaines sont appliquées « à la source » par les employeurs tandis que d'autres le sont « à la sortie » par les caisses de congés payés. En outre, certaines pratiques conduisent à diverger du droit en vigueur dans l'application de certaines de ces règles : ainsi, alors qu'en métropole les allègements généraux des employeurs affiliés à une caisse de congés payés sont majorés pour ne pas les pénaliser par rapport aux autres secteurs, en outre-mer, où aucun mécanisme analogue n'était prévu, la caisse de congés du BTP locale a privilégié l'application des allègements prévus par la LODEOM directement sur les indemnités qu'elle verse, à charge pour elle de répercuter l'avantage correspondant sur la cotisation que lui versent les employeurs².

A titre d'illustration, le tableau ci-dessous retrace la variété des modalités actuelles de recouvrement des cotisations et contributions sociales et de l'imputation des exonérations et crédits d'impôt lorsque l'employeur est affilié à une caisse de congés payés (cas du BTP).

¹ Il ne s'agit pas juridiquement d'une exonération mais son objectif est largement similaire.

² Cette méthode ne permet pas de moduler l'exonération selon la taille de l'entreprise (plus ou moins de 10 salariés) comme cela est normalement prévu pour les exonérations dans les DOM.

	Cotisation	Recouvrement/imputation des exonérations et crédits d'impôts	
		par l'employeur (à la source)	par la caisse de congés payés
Prélèvements recouverts par les URSSAF	Cotisations de sécurité sociale / assurance chômage		X
	Allègements généraux de cotisations sociales	X	
	Majoration des allègements généraux (AG) pour les Zones de Revitalisation Rurale	X	
	Majoration AG Corse	X	
	Exo LODEOM		X
	Versement transport	X	
	FNAL	X	
	ARRCO		X
	AGIRC	X (pour tous jusqu'en 2008 puis uniquement si non affilié Pro BTP)	
Prélèvements recouverts / dispositifs gérés par la DGFIP	Taxe apprentissage	X	
	Participation employeur effort construction	X	
	Participation employeur formation continue	X	
	CVAE	X	
	CICE	X	

L'assujettissement effectif au versement transport (VT) et au FNAL est récent. Compte tenu des difficultés portant sur le recouvrement de ces sommes auprès des caisses de congés payés, et des observations faites à cet égard par la Cour des comptes, l'article 40 de la LFSS pour 2013 a mis en place un versement direct par les entreprises de ces contributions.

Cette retenue à la source s'impose comme le modèle le plus cohérent à terme. En effet, dès lors que l'employeur a acquitté les sommes nécessaires au paiement des cotisations sociales, il est justifié que celles-ci soient immédiatement affectées à la sécurité sociale.

C'est d'ailleurs ce qui a été retenu par la LFRSS pour 2014 à l'occasion de l'élargissement important des dispositifs de baisse du coût du travail : il a été choisi en effet une application « au fil de l'eau » de ces avantages pour les employeurs. Symétriquement, il paraît pertinent de retenir une modalité unique, basée sur une retenue à la source, de versement des cotisations de sécurité sociale, dans l'esprit des réformes récentes afin de ne pas déconnecter, dans un sens fortement défavorable à la sécurité sociale, le paiement des cotisations et les exonérations portant sur celles-ci.

Une telle forme de prélèvement s'inscrit dans le cadre de la recommandation du Conseil de la simplification qui vise à simplifier l'architecture des prélèvements sociaux (avril 2014, proposition n°48). En effet, la situation actuelle est emblématique de la juxtaposition, pour des raisons historiques, de règles relativement proches dans leur principe mais qui se sont traduites en pratique par un nombre important de spécificités dans chaque corpus (assiette avec ou sans le

13e mois, prise en compte des exonérations soit au fil de l'eau soit au moment de la prise des congés, intégration des indemnités de congés pour l'application du plafond de la sécurité sociale ou plafonnement séparé). Cette situation contribue à complexifier fortement la gestion de la paie pour les entreprises relevant de ces secteurs, et dégrade la lisibilité pour les salariés et les employeurs des informations figurant sur le bulletin de paie.

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

a) Mesure proposée

L'objectif de la mesure est de mettre en place une retenue à la source des cotisations de sécurité sociale, de la CSG, de la CRDS et de la contribution sociale pour l'autonomie (CSA). Compte tenu du mode de gestion paritaire du régime d'assurance chômage, il n'est pas proposé de modifier à ce stade le mode de recouvrement des contributions d'assurance chômage. Il appartiendra aux partenaires sociaux de statuer sur l'extension de cette règle pour les cotisations chômage afin d'obtenir le schéma le plus homogène.

Aussi, il est prévu que, pour les droits à congés acquis postérieurement au 1er avril 2015, le versement direct vers les URSSAF des cotisations de sécurité sociale, de la CSG, de la CRDS et de la CSA due au titre des périodes de congés payés sera assis directement sur la cotisation appelée par la caisse de congés payés. Ce versement tiendra compte, le cas échéant, des droits spécifiques octroyés au titre de l'indemnisation des congés payés à certains salariés (par exemple sous la forme de primes au titre de l'ancienneté ou au titre du fractionnement des congés). Le fait générateur des cotisations sera désormais associé au versement par l'employeur des sommes servant in fine à la caisse de congés payés à indemniser les salariés et non plus à la perception - ultérieure - de ces indemnités.

Le cas échéant, la différence entre le montant de cotisations et contributions déjà versées et le montant des cotisations et contributions calculées sur l'indemnité de congés payés, fera l'objet d'une régularisation auprès de la caisse de congés payés, afin de prendre en compte notamment la part marginale de l'indemnité financée par la mutualisation. Ces régularisations ne devraient concerner qu'une minorité de cas et devraient être d'une ampleur limitée au niveau individuel.

Si cette mesure est applicable normalement à compter des périodes d'acquisition de congés démarrant au 1er avril 2015, il est toutefois tenu compte des secteurs dans lesquels les entreprises ne seraient pas prêtes à cette date.

Ainsi, afin de garantir aux entreprises des différents secteurs concernés le temps de préparer la mise en œuvre de cette mesure, il est proposé de prévoir des dispositions transitoires courant jusqu'au 1er avril 2018, date à laquelle le prélèvement par l'employeur devra être mis en place de manière généralisée.

Ainsi, durant cette période longue, il sera laissé à l'employeur de continuer de faire reposer sur les caisses de congés payés le versement des cotisations et contributions dues au titre de l'indemnité de congés payés (cotisations de sécurité sociale, CSG, CRDS, CSA). Ce versement sera désormais fait concomitamment au versement par l'employeur de la cotisation finançant la prise des congés, et au plus tard avant la fin de mois au cours duquel la cotisation est versée à la caisse de congés payés. En pratique, les caisses de congés payés assureront un reversement, assis sur le montant de l'assiette assujettie à la cotisation de congés payés, dont le taux sera fixé par décret afin d'assurer un reversement équivalent au montant des cotisations et contributions versées par l'employeur à la caisse au titre du financement de l'indemnité de congés payés.

Cette mesure contribue à financer pour partie les pertes de recettes liées à la mise en œuvre en 2015 des baisses de cotisations et contributions sociales dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité.

Par ailleurs, cette mesure de rationalisation et de simplification est neutre quant au coût du travail dans les secteurs concernés comme pour les droits ouverts aux salariés. Les caisses continueront à établir les déclarations annuelles de données sociales comprenant les assiettes définitives de l'indemnité afin de garantir aux salariés une ouverture de droits inchangée au plus tard le 31 janvier de l'année suivant celle au titre de laquelle les congés ont été pris.

Les dispositions transitoires sont également neutres pour les salariés, comme pour les employeurs, dont la gestion de la paie ne sera pas impactée.

Enfin, une disposition est également envisagée pour que les entreprises des secteurs qui, durant la période transitoire, seraient d'ores-et-déjà prêts à mettre en œuvre le dispositif cible puissent en bénéficier avant la date prévue.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être retenu un dispositif totalement similaire à celui applicable pour le FNAL et le VT, soit la majoration uniforme – elle a été fixée par décret à 11,5 % – des cotisations de sécurité sociale dues par les employeurs pendant les périodes d'activité de leurs salariés. Cette solution forfaitaire paraît difficilement transposable pour les cotisations de sécurité sociale. En effet, elle ne tient pas compte de la variabilité, entre les différents secteurs et régions où existent des caisses de congés payés, des conditions d'octroi et de calcul des indemnités de congés payés et, partant, du niveau des cotisations versées par les employeurs. Cette solution n'aurait pas permis d'assurer une neutralité dans chaque secteur, sauf à prévoir un taux par secteur voire par région dans le cas du BTP.

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

La mesure prend place dans la première partie de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. 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).

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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 au droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Oui : modification des articles L. 136-5 et L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure non applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régime général (cotisations et contributions salariales et patronales de sécurité sociale)			+1 520	+500	

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure n'a pas d'impact économique car elle n'affecte pas le coût du travail.

Elle conduira à une baisse relative du niveau moyen de la trésorerie des caisses de congés payés, correspondant à la part des cotisations sociales qu'elles détenaient. Cette trésorerie demeurera toutefois importante, puisque les caisses conservent les montants correspondants au coût du versement des indemnités de congés payés elles-mêmes aux salariés. Compte tenu de la faiblesse des taux d'intérêt sur les emprunts souverains, l'impact sur les recettes de fonctionnement et le financement des indemnités sera limité.

b) impacts sociaux

La présente mesure n'a pas d'impact sur l'acquisition des droits à congés payés et des droits contributifs des salariés. Les indemnités de congés payés ainsi que les primes de 30% versées simultanément, qui font l'objet de cotisations spécifiques, ne sont pas modifiées. Les caisses de congés payés continueront à déclarer dans la déclaration annuelle des données sociales les montants des indemnités de congés effectivement versées. Les droits sociaux des salariés calculés sur les indemnités ne sont pas modifiés.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Le dispositif cible vise à permettre de gagner en lisibilité dans la compréhension du responsable du versement des cotisations. Ce dernier sera unique : il s'agit de l'employeur. Par ailleurs, l'application d'un dispositif transitoire devrait faciliter la mise en œuvre de la mesure pour les entreprises des secteurs non encore prêts à verser directement les cotisations et contributions sociales.

La fixation d'une règle unique et claire, basée sur un prélèvement à la source, permettra en outre de réduire la complexité importante du dispositif actuel lequel est une source importante de contentieux.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Le versement effectué pendant la phase transitoire par les caisses de congés payés pourra être effectué simplement par ces caisses en appliquant le taux fixé par décret au montant de l'assiette des cotisations qu'elles encaissent chaque mois.

Les supports déclaratifs actuels pourront être utilisés sous réserve de changements éventuels mineurs.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Le dispositif sera géré par les organismes sociaux à enveloppe budgétaire inchangée et à *effectif inchangé*.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Décret fixant le taux applicable en phase transitoire et la date d'entrée en vigueur de celle-ci (sans pouvoir excéder le 1^{er} avril 2018), par secteur.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Entrée en vigueur au 1^{er} avril 2015 afin d'être en adéquation avec le calendrier des périodes d'acquisition des congés.

Des mesures transitoires sont prévues jusqu'au 1^{er} avril 2018 au plus tard. Dans l'attente de la mise en place de la retenue à la source, les caisses de congés payés opèreront le versement des cotisations et contributions sociales dues en lieu et place des employeurs, dès qu'elles recevront les cotisations de congés versées par les employeurs.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les employeurs ne sont pas affectés, seules les caisses de congés le sont. Même si une concertation a été menée avec l'ensemble des secteurs durant l'année 2013, une information détaillée des caisses de congés payés sera prévue.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les données déclarées par les entreprises et les caisses de congés payés pourront être exploitées par l'Acoss pour suivre la mise en œuvre de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 136-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 136-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>(...)</p> <p>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</p>	<p>(...)</p> <p>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. [A compter du 1^{er} avril 2016] 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.</p>
<p>Article L. 243-1-3 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 243-1-3 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail acquittent de manière libératoire, auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code, des majorations des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ainsi qu'à l'article L. 834-1 du présent code dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés, proportionnelles à ces cotisations et contributions. Le taux de ces majorations est fixé par décret.</p>	<p>I. - Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail s'acquittent de manière libératoire des cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions suivantes :</p> <p>« 1° pour les cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 834-1 ainsi qu'aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales, par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;</p> <p>« 2° pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2, à l'article 14 de l'ordonnance 96-50 du 24 janvier 1996 relatif au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles par un versement assis sur les montants dus aux caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail pour la couverture des périodes de congés de leurs</p>

	<p>salariés. Le cas échéant, les versements des cotisations et contributions à la charge des salariés font l'objet d'un ajustement dans les conditions fixées par décret sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés.</p>
--	---

I. Présentation de la mesure

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

Si, depuis le décret du 11 avril 2007 relatif aux droits des cotisants, plusieurs réformes partielles sont intervenues sur certains points en matière de recouvrement et de contrôle des cotisations et contributions sociales, il apparaît opportun de moderniser plus fondamentalement certaines dispositions relatives au contrôle et au recouvrement des cotisations sociales en s'inscrivant dans une démarche globale et équilibrée de confiance entre les organismes de recouvrement, les entreprises et les travailleurs indépendants.

a) Limitation du temps de contrôle

La limitation du temps de contrôle, qui existe en droit fiscal pour les petites structures, n'est actuellement prévue par aucun texte en matière sociale mais présente plusieurs intérêts.

• **Améliorer la sécurité juridique des organismes de recouvrement**

L'existence de situations, marginales, dans lesquelles la lettre d'observations est envoyée plusieurs mois, voire parfois plus d'un an, après la dernière visite de l'inspecteur a pu être constatée, bien que le délai moyen observé dans les très petites entreprises soit légèrement supérieur à un mois.

Une mesure de limitation du temps de contrôle apparaît d'autant plus opportune que la Cour de cassation a introduit en 2011, dans le domaine du droit de la sécurité sociale, sans la définir ni même l'appliquer pour l'instant, la notion de « *délai raisonnable* » dans sa jurisprudence¹. A la suite de cet arrêt, des jugements du premier degré ont annulé des procédures de contrôle sur le fondement de la méconnaissance du délai raisonnable dans lequel la lettre d'observations doit être notifiée².

La limitation du temps de contrôle participe ainsi à l'amélioration de la sécurité juridique des organismes de recouvrement en minimisant la probabilité d'aboutir à des contentieux.

• **Prendre en compte la contrainte matérielle et morale du contrôle dans une très petite entreprise (TPE)**

Si le contrôle est considéré comme un exercice relativement habituel dans les grandes entreprises, il représente une contrainte matérielle plus importante dans les TPE. En effet, l'équipe susceptible de pouvoir répondre aux questions de l'inspecteur ou de fournir les éléments demandés est *de facto* réduite. La mobilisation du personnel ou du chef d'entreprise lui-même est susceptible d'avoir une influence sur l'activité économique de l'entité contrôlée.

Par conséquent, la mise en place d'une limitation du temps de contrôle se trouve justifiée pour ce type de cotisants.

Subsidiairement, une telle mesure permet une mise en cohérence avec la législation fiscale³, où une telle limitation de la durée de contrôle a été instituée pour les TPE.

• **Augmenter l'efficacité du contrôle des TPE**

Les TPE représentent 85% des cotisants en France et 61% des opérations de contrôle sur place y sont diligentées. Les régularisations engendrées par le contrôle des TPE ne représentent qu'en moyenne 10% de l'ensemble des redressements notifiés.

L'efficacité de ces contrôles peut ainsi justifier une certaine célérité de la procédure.

Par ailleurs, cette limitation réduit les pertes liées à la possible prescription d'une partie des redressements. En effet, l'Urssaf a la possibilité de contrôler l'année en cours et les trois exercices précédents. En 2014, le contrôle peut porter sur les exercices 2011, 2012, 2013 et 2014. En pratique, le contrôle porte en pratique sur N-3, N-2, N-1, l'année en cours n'étant pas contrôlée en pratique car les régularisations de fin d'année n'ont pas pu être effectuées. Un contrôle effectué en 2014 portera ainsi sur les exercices 2011, 2012 et 2013. Dans ce cas, s'il n'est pas clos en 2014, l'Urssaf ne peut plus effectuer des redressements au titre de l'exercice 2011.

¹ Cass. Civ. 2, 17 fév. 2011, n°10-11980

² TASS Eure, 31 oct. 2012 : visite de l'inspecteur dans l'entreprise de manière discontinue en mars et avril 2009. Sollicitation des pièces justificatives en juin 2009. Réponse de l'entreprise en juillet de cette même année. Envoi de la lettre d'observations le 20 octobre 2010.

³ LPF art. L. 52.

b) Elargissement du périmètre de contrôle

Le code de la sécurité sociale ne permet actuellement que le contrôle des employeurs et des travailleurs indépendants.

Toutefois, lors des opérations de contrôle, a été constatée l'existence de structures non-inscrites à l'Urssaf en tant qu'employeurs qui, contractualisant avec l'entité contrôlée, attribuent un ou plusieurs avantages aux salariés de cette dernière. Ces structures ne pouvant pas faire l'objet de vérifications, les cotisations dues sur les avantages ou sommes attribuées ne peuvent pas être redressées. Seuls les contrôles inopinés de travail dissimulé peuvent être envisagés dans ce cas, ce qui ne constitue pas, en toutes circonstances, le vecteur adapté. Peuvent être cités le cas de la création d'une association pour gérer un parc de véhicules et leur attribution aux salariés d'une entreprise ou celui de la gestion, par une holding, des seuls avantages concédés aux dirigeants d'une autre entité.

Il est donc nécessaire d'étendre le périmètre du contrôle à ces entités non-employeurs non-contributeurs.

c) Transaction

Se fondant sur une jurisprudence de la Cour de cassation des années 1970¹, certaines URSSAF ont été amenées à conclure des transactions avec les cotisants.

Cette possibilité n'étant pas expressément prévue par la loi, il n'existe aucun cadre juridique réglementant cette pratique.

Il peut en résulter une insécurité juridique liée à la valeur relative du contrat dans une matière d'ordre public emportant le caractère impératif de la législation de sécurité sociale pour les conventions entrant dans son champ d'application. Par ailleurs, l'absence de règles fixant le périmètre de la transaction ou le contrôle de celle-ci est susceptible d'entraîner une rupture d'égalité des cotisants devant le prélèvement social.

La mise en place d'un cadre juridique est donc nécessaire afin :

- de garantir l'égal accès des cotisants à la sollicitation d'une transaction ;
- de déterminer le champ d'application de la transaction ;
- d'instaurer une procédure uniforme de conclusion de la transaction ;
- de permettre la mise en place d'un suivi de ces pratiques.

La mesure est justifiée par l'intérêt que présentent les transactions : elles permettent d'accélérer et de sécuriser le recouvrement tout en s'inscrivant dans la démarche visant à recourir, lorsque cela est possible, à une gestion non-contentieuse des litiges nés ou à naître.

d) Opposition à tiers détenteur

Les organismes de recouvrement disposent actuellement d'un outil de recouvrement qui leur permet d'appréhender des créances détenues auprès de tiers par des cotisants redevables de cotisations. L'opposition à tiers détenteur (OTD) est proche de la saisie attribution mais en diffère par l'absence de recours à un huissier de justice.

Cependant, l'OTD présente un certain nombre d'inconvénients qui limitent fortement son utilisation par les organismes de recouvrement qui lui préfèrent notamment la saisie attribution, pourtant plus onéreuse et plus longue, mesure dans laquelle la procédure de recouvrement forcé est intégralement externalisée auprès de l'huissier de justice.

Il apparaît donc opportun, à l'instar de l'administration fiscale, de doter les organismes de recouvrement d'un outil plus efficient tout en préservant les droits des cotisants.

Aussi, l'article apporte des aménagements au caractère suspensif de la contestation de la saisie devant le juge de l'exécution à l'encontre des cotisants de mauvaise foi. En effet, le caractère suspensif des contestations devant le juge de l'exécution incite aujourd'hui certains débiteurs – à qui il a été signifié un titre devenu exécutoire après épuisement des voies de recours – à contester systématiquement les actions des organismes de recouvrement, faisant ainsi obstacle au recouvrement des cotisations.

Le nouveau dispositif d'opposition à tiers détenteur, dont la contestation ne sera plus suspensive d'exécution, dans les cas limitativement énumérés par la loi, permettra aux organismes de recouvrement de lutter plus efficacement contre les débiteurs qui cherchent sciemment à se soustraire à leurs obligations. Toutefois, le juge de l'exécution pourra toujours ordonner le différé du paiement s'il apparaît que la contestation du débiteur présente des moyens sérieux.

En outre, il est opportun d'étendre le champ de l'OTD au recouvrement des prestations sociales indûment versées, notamment pour les réseaux qui sont compétents à la fois en matière de recouvrement et de service de prestations, tel que le réseau des caisses de mutualité sociale agricole. Ces derniers faisant déjà de l'OTD sur leurs cotisations pourraient pratiquer l'OTD avec un coût marginal très faible. A titre d'illustration, il est paradoxal que les caisses MSA qui recouvrent les cotisations et versent des prestations ne puissent procéder à des OTD qu'au seul titre des cotisations sociales et doivent recourir à des huissiers pour les prestations indûment versées, procédure dont le coût est à la charge des assurés.

¹ Cass. Soc. 22 oct. 1970, n°69-100.87.

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

a) Mesure proposée

• *Limitation du temps de contrôle*

Il est proposé de limiter à trois mois les opérations de contrôle dans les entreprises occupant moins de dix salariés. Les deux modalités de contrôle, sur place et sur pièces, sont concernées.

Le bénéfice de cette mesure est exclu dans toutes les situations exorbitantes du droit commun : travail dissimulé, taxation forfaitaire (notamment en cas de défaut de tenue d'une comptabilité par l'entreprise et de transmission de documents inexploitable), abus de droit et obstacle à contrôle.

Le champ d'application : les entreprises occupant moins de dix salariés

Ce seuil a été retenu pour trois principales raisons.

D'une part, il est connu et sert déjà à la définition du champ d'application d'autres mesures, notamment la possibilité d'effectuer un contrôle sur pièces ou pour déterminer la périodicité du paiement des cotisations, dans une optique de poursuite de l'harmonisation des seuils sociaux.

D'autre part, il apparaît nécessaire de limiter la mesure aux TPE. En effet, dans les petites et moyennes entreprises (PME) ainsi que dans les très grandes entreprises (TGE), les investigations sont plus longues et le cotisant peut avoir besoin de temps pour rassembler les documents demandés. Par ailleurs, certaines analyses et interprétations peuvent être nécessaires avant d'établir, le cas échéant, le redressement. La limitation du délai pourrait alors avoir pour effet négatif d'augmenter le recours à la taxation forfaitaire pour tous les champs d'investigation n'ayant pu faire l'objet d'un chiffrage précis ou d'investigations complètes.

Enfin, en droit fiscal, le dispositif de limitation du temps de contrôle ne concerne que les TPE et, en marge, quelques PME de petite taille (entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à 783 000€).

Pour l'appréciation du seuil, il paraît nécessaire de tenir compte en plus des salariés de l'entreprise, des autres personnes auxquelles l'entreprise contrôlée verse des rémunérations (par exemple, une société de travail temporaire qui ne compte que huit salariés mais gère le travail de plusieurs centaines de travailleurs intérimaires). Il doit en être de même pour les structures appartenant à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe alors que l'effectif de ces entités est égal ou supérieur à dix. Le but de cette double exclusion est de limiter la mesure aux situations simples, sans montage juridique complexe.

La durée du contrôle limitée à trois mois

Le délai, fixé à trois mois, apparaît raisonnable pour le cotisant et n'aura pas pour effet de modifier substantiellement l'organisation et la gestion du contrôle par les organismes. Le délai court à compter du début effectif du contrôle et s'achève à la date d'envoi de la lettre d'observations. En pratique, le temps de réalisation d'un contrôle entre la première visite de l'inspecteur et l'envoi de la lettre d'observations pour les entreprises occupant moins de dix salariés, est de cinq semaines environ. La mesure aura donc surtout pour conséquence de supprimer les situations marginales de contrôles anormalement longs.

Dans des circonstances exceptionnelles (fermeture de l'entreprise contrôlée sur une durée prolongée, accident subi par un inspecteur ou contrôleur du recouvrement...), la durée du contrôle pourra être prorogée une fois, pour trois mois supplémentaires.

Au terme du délai, la lettre d'observations ne sera envoyée au cotisant qu'aux fins de notification de la position de l'organisme sur les points de législation examinés. Cet envoi importe en ce qu'il sécurise le cotisant sur ses pratiques, considérées conformes ou à modifier. Le cotisant ne pourra ainsi pas se prévaloir d'une décision implicite que l'organisme n'a pas souhaité laisser naître. En revanche, aucun redressement ne pourra accompagner les observations. Si, au terme des trois ou six mois, la procédure n'a pas été clôturée par une lettre d'observations, il ne pourra plus être procédé une nouvelle fois à un contrôle portant sur les trois années précédant l'envoi de l'avis de contrôle.

La mesure est destinée à s'appliquer aux contrôles sur place et sur pièces

L'application de la mesure se justifie tant pour le contrôle sur place que le contrôle sur pièces.

Dans les entreprises occupant moins de dix salariés, environ 53 000 contrôles sur place et 59 000 contrôles sur pièces sont diligentés par an.

L'exclusion du bénéfice de la mesure aux situations exorbitantes du droit commun

La limitation du temps de contrôle doit être écartée dans toutes les situations de travail dissimulé, d'abus de droit, d'obstacle à contrôle et de taxation forfaitaire.

Cette mesure sera également applicable aux contrôles des travailleurs indépendants et au régime agricole.

• **Elargissement du périmètre de contrôle**

La mesure vise à élargir le périmètre du contrôle aux personnes morales non-inscrites en tant qu'employeur lorsqu'à l'occasion du contrôle d'un cotisant, les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer le versement par une entité tierce de rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale à des travailleurs qu'elle n'emploie pas.

Cette mesure est différente de celle prévue à l'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale intégrant dans l'assiette les sommes et avantages versés à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur. En effet, ce dispositif vise les sommes et avantages alloués en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ce tiers. La nouvelle mesure vise, quant à elle, le cas d'une société qui contractualise avec une autre entité pour que cette dernière attribue des avantages à ses salariés.

Sur le plan procédural, le déclenchement d'opérations de contrôle dans une structure distincte de l'employeur justifie que l'entité contrôlée bénéficie du droit à l'information classique (avis de contrôle, mention de l'existence de la Charte du cotisant contrôlé, droit de se faire assister du conseil de son choix tout au long de la procédure). Les constatations effectuées chez la société tierce révélant l'absence de précompte appartenant à l'employeur seront notifiées dans la lettre d'observations adressée à ce dernier.

Cette mesure concerne le régime général et le régime agricole.

• **Transaction**

Il est proposé de permettre aux directeurs des organismes de recouvrement du régime général et du régime agricole de conclure une transaction avec les cotisants. Cette possibilité concerne les sommes qui n'ont pas un caractère définitif. Par ailleurs, la transaction ne peut être conclue en cas de travail dissimulé ou lorsque le cotisant a mis en œuvre des manœuvres dilatoires visant à nuire au bon déroulement du contrôle.

L'objet de la transaction

L'objet de la transaction ne peut porter, pour une période limitée à trois ans, que sur des cas limitativement énumérés :

- Comme en droit fiscal, sur les pénalités et majorations de retard ;
- Sur l'évaluation d'éléments d'assiette des cotisations ou contributions dues relative aux avantages en nature, aux avantages en argent et aux frais professionnels, lorsque la détermination de ces éléments présente une difficulté particulière ;
- Sur les montants de redressements calculés en application des méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation.

Le moment de conclure la transaction

La transaction est définie par l'article 2044 du code civil comme « un contrat par lequel les parties terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître ». La transaction peut donc être conclue dans le cadre d'une procédure de contrôle ou en dehors de celle-ci.

Lorsqu'aucun contrôle n'est engagé, le cotisant peut soumettre, à tout moment, à l'organisme de recouvrement dont il dépend son souhait de conclure une transaction dans les cas fixés par la loi.

Lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale a été engagé, la transaction doit être conclue avant que la commission de recours amiable (CRA) ne soit saisie. L'ouverture par le cotisant d'une procédure précontentieuse devant la CRA apparaît en effet incompatible avec l'engagement d'une procédure transactionnelle. La possibilité de conclure une transaction est de nouveau ouverte lorsque le cotisant décide de saisir le tribunal des affaires de la sécurité sociale

La procédure applicable

L'initiative de la transaction appartient tant au cotisant qu'au directeur de l'organisme de recouvrement.

L'examen de la demande de transaction relève de l'organisme dont dépend le cotisant.

La transaction devrait être signée par le directeur de l'organisme de recouvrement. Si son montant excède 150 000€, le directeur devrait recueillir l'accord de l'ACOSS. La transaction est signée par le directeur de l'organisme de recouvrement et engage l'organisme. Par conséquent, si le directeur change, la transaction demeure valable. Par ailleurs, en cas de rattachement lié à un changement d'implantation géographique de l'entreprise ou de l'un de ses établissements, ou à la demande de l'organisme de recouvrement, la transaction reste applicable.

La transaction est approuvée par la Mission nationale de contrôle (MNC). La MNC, service à compétence nationale de l'Etat, contrôlera le respect des critères du nouvel article L. 243-6-5 CSS ainsi que l'équilibre de la convention qui procède de l'exigence jurisprudentielle de concessions réciproques de chaque partie.

Cette procédure sera précisée par décret en Conseil d'Etat.

A l'instar du droit commun, lorsque la transaction est devenue définitive, aucune procédure contentieuse ne peut plus être engagée ou reprise pour remettre en cause ce qui a fait l'objet de la transaction. Cette mention ne préjuge pas des exceptions civilistes prévues aux articles 2053 et 2055 du Code civil. Il y aura effectivement lieu à rescision en cas de dol, de violence ou d'erreur sur la personne ou l'objet de la contestation. Par ailleurs, la transaction faite sur pièces reconnues fausses sera nulle.

• **Opposition à tiers détenteur**

Sauf si le juge en décide autrement, lorsque la bonne foi du cotisant ne peut être retenue et qu'en conséquence le recouvrement des cotisations risque d'être infructueux, la contestation de l'opposition ne sera plus suspensive, le tiers détenteur pourra ainsi être invité à régler à tout moment les fonds saisis. Dans les autres cas, la contestation de la procédure d'opposition à tiers détenteur restera suspensive du recouvrement.

En outre, compte tenu de l'efficacité de cet outil de recouvrement, le champ d'application de l'OTD sera étendu au recouvrement des prestations sociales indûment versées, offrant ainsi un outil supplémentaire à disposition des organismes.

Une procédure proche de l'avis à tiers détenteur fiscal (ATD)

En matière fiscale, la procédure de contestation n'est pas suspensive d'exécution et il n'existe pas de délai de grâce au profit du tiers détenteur qui peut être invité à tout moment à verser au comptable les fonds saisis par l'ATD. Ainsi, le dépôt d'une contestation n'a pas pour effet de suspendre l'exécution de l'avis à tiers détenteur, et le tiers saisi doit en tout état de cause verser les fonds au plus tard à la date d'expiration du délai d'opposition.

Une procédure qui préserve les droits des cotisants

Il convient de rappeler que les créances doivent être couvertes par un titre exécutoire, condition *sine qua non* de toute mesure d'exécution forcée.

En outre, en matière sociale, les organismes de recouvrement font prévaloir depuis plusieurs années les procédures de recouvrement amiable. Le recouvrement se fait de manière progressive et les droits des cotisants s'en trouvent ainsi préservés, le recouvrement forcé n'intervenant qu'en dernier recours.

Lorsque les relances amiables restent sans effet, les organismes de recouvrement mettent en demeure le débiteur de régler les sommes dues. Cette mise en demeure constitue le préalable obligatoire à la mise en œuvre des procédures de recouvrement forcé. Toutefois, si le débiteur entend contester sa dette, il lui est possible de saisir la commission de recours amiable des motifs de sa réclamation, dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la mise en demeure. A défaut de règlement ou de contestation dans le délai d'un mois, les organismes de recouvrement sont fondés à engager les poursuites et à procéder à la signification d'une contrainte, qui marque le passage à la phase de recouvrement forcé. Cette contrainte peut être contestée par le débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale dans les 15 jours de sa signification. Ce n'est qu'à l'expiration de ce délai que la contrainte comporte tous les effets d'un jugement et que le créancier peut procéder à l'opposition à tiers détenteur. La mise en œuvre de l'OTD suppose ainsi que toutes les voies de recours dont dispose le débiteur soient éteintes.

En outre, l'opposition à tiers détenteur pourra être contestée dans le délai d'un mois suivant sa notification devant le juge de l'exécution.

Aujourd'hui, le paiement des sommes est différé en cas de contestation. Le cotisant dispose en conséquence de deux actions successives suspensives d'exécution.

Le nouveau dispositif diffère en ce qu'il prévoit (dans des cas expressément énumérés par la loi et si le juge n'en décide pas autrement) que la seconde contestation, portée devant le juge de l'exécution, ne sera pas suspensive. Ainsi, même si le cotisant conteste la saisie, le tiers qui détient les sommes pour le compte du débiteur sera tenu de verser les sommes saisies aux organismes de recouvrement.

Ainsi, le nouveau dispositif respectera aux différents stades de la procédure les droits de la défense et le principe du contradictoire, d'autant plus que le juge de l'exécution conservera la possibilité d'autoriser le différé de paiement.

Une procédure qui dans les faits devrait remplacer la saisie attribution

L'intérêt de la mesure proposée consiste à permettre à terme la substitution de l'OTD à la saisie attribution, procédure longue et onéreuse.

En effet, les frais de procédure sont à la charge du cotisant ou de l'assuré et *in fine* aux organismes de recouvrement en cas d'insolvabilité du débiteur. Il est cependant regrettable d'aggraver la situation déjà fragile d'un débiteur en laissant à sa charge des frais de procédure élevés et de compromettre ainsi les chances de son redressement alors qu'en dotant les organismes de recouvrement d'un outil efficace et peu onéreux on permet l'économie de ses frais de justice.

En outre, le nouveau dispositif de l'OTD permettra aux organismes de recouvrement d'obtenir le règlement des cotisations ou des indus de prestations sociales très rapidement (environ 1 mois jours après l'envoi de l'OTD), alors qu'il faut aujourd'hui environ 2 mois après le lancement d'une saisie attribution.

Cette OTD sera applicable au régime agricole. Elle pourra également être applicable au recouvrement des indus de prestations sociales (régime général et agricole).

b) Autres options possibles

• **Limitation du temps de contrôle**

- Fixer la limitation du temps contrôle à une durée inférieure à trois mois. Cette option a été écartée car le délai moyen entre le début des opérations de vérification et d'envoi de la lettre d'observation est de cinq semaines. Un délai inférieur à 3 mois remettrait en cause la possibilité même d'un contrôle des TPE car il conduirait en moyenne à la nullité d'une majorité de contrôle. Le délai similaire en matière fiscale est d'ailleurs de 3 mois.
- Limiter la mesure aux contrôles sur place. Cette option a été écartée eu égard à la proportion actuelle des contrôles sur pièces des TPE (environ 50%) et à la possibilité de variation de cette répartition du fait de l'évolution de la politique annuelle de contrôle. Elle ne permettrait ainsi pas d'atteindre l'objectif poursuivi, qui vise à sécuriser l'ensemble des TPE sur la durée du contrôle des organismes de recouvrement.

• **Elargissement du périmètre de contrôle**

- Limiter l'extension aux seules personnes morales inscrites au répertoire des entreprises (SIRENE). Cela aurait néanmoins pour conséquence d'exclure les autres structures (telles que les GIE) existantes ou susceptibles de se développer si ces seules entités sont visées.
- Utiliser la procédure d'abus de droit. Cette option a été écartée car l'abus de droit vise des actes à caractère fictif ou des actes n'ayant pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluider ou d'atténuer les contributions ou cotisations sociales. Or le recours à une société tierce pour l'attribution d'une rémunération à ses salariés peut ne pas présenter un caractère fictif et peut être justifié pour d'autres motifs que ceux d'éluider la législation sociale.

• **Transaction**

- Limiter la possibilité de conclure une transaction aux seuls accessoires. Cette option a été écartée car il apparaît particulièrement opportun, dans certains cas, de l'étendre au principal, notamment s'agissant de la fixation de certains éléments forfaitaires.

• **Opposition à tiers détenteur**

- Quelle que soit la nature de la créance, prévoir que la saisine du juge d'exécution n'est pas suspensive d'exécution. Le tiers détenteur ne bénéficie d'aucun délai et peut être invité à tout moment à verser à l'organisme de recouvrement les sommes saisies. Cette option a été écartée. Il apparaît en effet préférable aux cas où la bonne foi du cotisant est remise en cause ou lorsque le recouvrement des cotisations s'avère complexe, comme en matière de travail dissimulé où le taux de recouvrement effectif des cotisations est de l'ordre de 15%.
- Doter les organismes de la possibilité de recourir à cette même procédure en l'absence de titre exécutoire. Cette option a également été écartée : même si ce dispositif pourrait s'avérer intéressant quand le recouvrement est remis en cause, il n'offre pas de garanties suffisantes au regard des droits de la défense. En effet, le cotisant doit pouvoir faire entendre sa cause devant un tribunal s'il est en désaccord avec les sommes réclamées. C'est pourquoi les textes en vigueur prévoient bien que le destinataire d'une contrainte puisse saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale dans les 15 jours de sa signification ou soumettre la décision de rejet de la décision de la commission de recours amiable au tribunal des affaires de sécurité sociale.

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

Ces mesures modifient les modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées au régime général de sécurité sociale et au régime social des indépendants. Elles prennent place, à ce titre, dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 en vigueur.

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

a) Possibilité de codification

Articles insérés : articles L. 243-6-5 et L. 243-13 du code de la sécurité sociale, articles L. 724-7-1 et L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime.

Articles modifiés: articles L. 243-7 et L. 652-3 du code de la sécurité sociale, articles L. 724-7 et L. 725-12 du 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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure non applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Mesure applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Même si l'objet de la mesure n'est pas prioritairement financier, les principaux effets attendus pour le recouvrement global des cotisations peut être ainsi décrit :

- **Limitation du temps de contrôle**

De cette mesure procèdera une économie relative à la baisse des contentieux et donc à celle des coûts de gestion des litiges. Par ailleurs, une meilleure efficacité des contrôles dans les TPE devrait en découler. Les inspecteurs pourront en effet être réorientés vers d'autres opérations de vérification et le risque de perdre le redressement d'une année prescrite est supprimé. En parallèle, les contrôles anormalement longs ne donneront plus lieu à redressement ou, le cas échéant, seront annulés.

- **Elargissement périmètre du contrôle**

Cette mesure permettra de recouvrer des cotisations qui échappaient jusqu'alors aux organismes de recouvrement du fait du périmètre du contrôle.

- **Transaction**

La possibilité de conclure une transaction permettra de recouvrer immédiatement des cotisations et de faire l'économie de nombreux contentieux.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Les mesures proposées améliorent la sécurité juridique des cotisants et favorisent les conditions d'une concurrence équitable entre les différentes entreprises, en soumettant l'ensemble d'entre elles à un cadre d'exercice identique.

b) impacts sociaux

Les mesures proposées relatives au contrôle participent in fine à la prise en compte des droits des salariés. Parallèlement, le présent projet de loi propose par ailleurs une mesure visant au rétablissement des droits des salariés à la suite d'un redressement.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

- **Limitation du temps de contrôle**

La limitation du temps de contrôle sécurisera les contrôles des travailleurs indépendants et les dirigeants des TPE.

- **Transaction**

La mise en place de la transaction devrait permettre de limiter le contentieux ce qui devrait alléger pour le cotisant la charge administrative de la gestion de sa contestation.

- **Opposition à tiers détenteur**

L'OTD ne génère aucun frais de procédure, elle représente un gain pour les cotisants. A titre d'illustration, le coût pour le débiteur lié à une saisie attribution réalisée par un huissier de justice peut s'élever actuellement à 350 €, somme à laquelle il convient d'ajouter les frais bancaires, qui varient en fonction des établissements. C'est pourquoi, dans l'intérêt des débiteurs, compte tenu de l'impact financier que représente une procédure de saisie attribution, il est opportun de recourir à l'OTD.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

- **Limitation du temps de contrôle**

Les organismes de recouvrement devront intégrer cette nouvelle règle et informer les inspecteurs et contrôleurs de cette mesure.

Toutefois, la durée moyenne d'un contrôle dans les entreprises de moins de dix salariés étant de cinq semaines, la limitation du temps de contrôle à trois ou six mois n'aura pas d'impact direct sur la gestion de la majorité de l'activité

de contrôle. Ce délai intègre en effet les éventuelles périodes d'absence prévisibles (congés payés, formations..) ou imprévisibles (arrêt maladie).

- **Elargissement du périmètre du contrôle**

Le contrôle des entités non-employeurs sera intégré au contrôle de l'entreprise initiale n'emportant pas d'impact direct sur l'activité de contrôle.

- **Transaction**

Cette mesure implique une mission nouvelle pour la mission nationale de contrôle (MNC).

La normalisation de la possibilité de conclure des transactions aura très certainement pour conséquence d'augmenter leur nombre. Toutefois, les contestations baisseront proportionnellement. L'impact sur la charge administrative devrait donc être neutre.

Une doctrine d'utilisation de la transaction devra être formalisée conformément aux recommandations faites en matière fiscale par la Cour des comptes.

- **Opposition à tiers détenteur**

La mesure aura un impact positif pour les organismes en termes de trésorerie. En effet, elle leur permettra de recouvrer plus rapidement les sommes comparativement à la saisie attribution dans laquelle toute somme remise en paiement à un huissier de justice, par un débiteur pour le règlement d'une créance doit être reversée par l'huissier au créancier dans un délai maximum de six semaines (article 25 du décret du 12 décembre 1996).

Par ailleurs, la mesure ne devrait pas générer de développements informatiques importants car la procédure de l'opposition à tiers détenteur (OTD) existe actuellement dans le système d'information des organismes de recouvrement. Le ciblage des comptes pouvant faire l'objet d'une OTD existe également mais il conviendra d'adapter les opérations de ciblage afin d'intégrer les comptes pour lesquels l'OTD sera privilégiée (travail dissimulé..).

Le système d'information devra être adapté et une information sur le nouveau dispositif de l'OTD sera diffusée dans les services contentieux.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

Concernant l'opposition à tiers détenteur, un projet de décret en conseil d'Etat concernant la dématérialisation des saisies est actuellement en cours de finalisation. Ce texte qui autorisera la notification par voie électronique des actes adressés aux tiers détenteurs de sommes aura un impact positif sur la branche recouvrement.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Des décrets en Conseil d'État viendront préciser les modalités d'application du présent article.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La limitation du temps de contrôle et l'élargissement du périmètre du contrôle seront applicables immédiatement pour les contrôles débutant à une date postérieure à la publication de la loi.

Des transactions pourront être conclues à une date postérieure à la publication de la loi.

Les organismes de sécurité sociale détenteurs d'un titre exécutoire émis à compter du 1^{er} janvier 2015 pourront mettre en œuvre la procédure de l'OTD modifiée.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les nouvelles dispositions feront l'objet de circulaires et seront mentionnées dans la nouvelle charte du cotisant contrôlé qui est mise à disposition des entreprises au début de chaque contrôle.

Le contenu de la notification de l'opposition à tiers détenteur sera adapté pour prendre en compte le changement de régime de la procédure.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les indicateurs suivants donneront lieu à un suivi de la part des organismes de recouvrement et des ministères de tutelle : nombre de contrôles soumis à la limitation des trois mois dont la prorogation a été demandée ; nombre et montants des transactions conclues et visées par la mission nationale de contrôle.

En outre un bilan qualitatif et quantitatif de l'application du nouveau dispositif de l'opposition à tiers détenteur sera réalisé à la fin de l'année 2015 par l'ACOSS, la CCMSA, et le RSI.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Limitation du temps de contrôle	
	Création L. 243-13 du code de la sécurité sociale
	<p>I. - Les contrôles prévus à l'article L. 243-7 visant les entreprises occupant moins de dix salariés ou les travailleurs indépendants ne peuvent s'étendre sur une période supérieure à trois mois comprise entre le début effectif du contrôle et la lettre d'observations.</p> <p>« Cette période peut-être prorogée une fois à la demande expresse de l'employeur contrôlé ou de l'organisme de recouvrement.</p> <p>« La limitation du temps de contrôle prévue au premier alinéa n'est pas applicable lorsqu'est établi au cours de cette période :</p> <p>« 1° Une situation de travail dissimulé tel que défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;</p> <p>« 2° Une situation d'obstacle à contrôle mentionnée à l'article L. 243-12-1 ;</p> <p>« 3° Une situation d'abus de droit tel que défini à l'article L. 243-7-2 ;</p> <p>« 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou documentation inexploitable.</p> <p>« II. - Les dispositions du présent article ne sont pas applicables :</p> <p>« 1° Lorsque la personne contrôlée verse, directement ou par l'entremise d'un tiers, des rémunérations à des salariés dont le nombre est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I ;</p> <p>« 2° Lorsque l'entité appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code du commerce et que l'effectif de l'ensemble de ces entités est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I. »</p>
	Article L. 724-7-1 du code rural et de la pêche maritime (nouveau)
	Les dispositions de l'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole.
Extension du périmètre du contrôle	
Article L. 243-7 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 243-7 modifié du code de la sécurité sociale

<p>Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p>	<p>Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération au sens de l'article L. 242-1. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p>
<p align="center">Article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L. 724-7 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Le contrôle de l'application des dispositions relatives aux différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et salariés agricoles, mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27 ainsi que de celles des articles L. 732-56 et suivants est confié aux caisses de mutualité sociale agricole. Pour l'exercice de ce contrôle, une caisse de mutualité sociale agricole peut déléguer à une autre caisse de mutualité sociale agricole ses compétences dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Les agents chargés du contrôle sont agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Ils sont assermentés dans les conditions prévues à l'article L. 243-9 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Ces agents ont qualité pour dresser, en cas d'infraction auxdites dispositions, des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les caisses de mutualité sociale agricole les transmettent au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p>	<p>Le contrôle de l'application des dispositions relatives aux différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et salariés agricoles, mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27 ainsi que de celles des articles L. 732-56 et suivants est confié aux caisses de mutualité sociale agricole. Pour l'exercice de ce contrôle, une caisse de mutualité sociale agricole peut déléguer à une autre caisse de mutualité sociale agricole ses compétences dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Les agents chargés du contrôle sont agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Ils sont assermentés dans les conditions prévues à l'article L. 243-9 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Ces agents ont qualité pour dresser, en cas d'infraction auxdites dispositions, des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les caisses de mutualité sociale agricole les transmettent au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p> <p>La deuxième phrase de l'alinéa premier de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole.</p>
<p align="center">La transaction</p>	
	<p align="center">Article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>

	<p>I. - Lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif, le directeur des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 peut conclure avec un cotisant une transaction, sauf en cas de travail dissimulé, ou lorsque le cotisant a mis en œuvre des manœuvres dilatoires visant à nuire au bon déroulement du contrôle.</p> <p>« II. - Cette transaction ne peut porter, pour une période limitée à trois ans, que sur :</p> <p>« 1° Le montant des majorations de retard et les pénalités notamment appliquées en cas de production tardive ou inexactitude des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ;</p> <p>« 2° L'évaluation d'éléments d'assiette des cotisations ou contributions dues relative aux avantages en nature, aux avantages en argent et aux frais professionnels, lorsque la détermination de ces éléments présente une difficulté particulière ;</p> <p>« 3° Les montants de redressements calculés en application des méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation. »</p> <p>« III. - La possibilité de conclure une transaction sur un ou plusieurs chefs de redressements faisant suite à un contrôle prévu à l'article L. 243-7 et faisant l'objet d'un recours devant la commission de recours amiable de l'organisme de recouvrement est suspendue à compter de la date de ce recours et jusqu'à la date de la décision de cette commission. Cette possibilité n'est rétablie à l'issue de cette période que lorsque le tribunal des affaires de la sécurité sociale a été saisi.</p> <p>« Lorsqu'une transaction est devenue définitive après accomplissement des obligations qu'elle prévoit et approbation de l'autorité prévue à l'article L. 151-1, aucune procédure contentieuse ne peut plus être engagée ou reprise pour remettre en cause ce qui a fait l'objet de la transaction.</p> <p>« IV. - Toute convention portant sur les éléments mentionnés aux 1° à 3° doit, à peine de nullité, respecter les conditions et la procédure fixée par le présent article et les textes pris pour son application ».</p> <p>« V. - La transaction conclue par la personne mentionnée au premier alinéa engage l'organisme de recouvrement. L'article L. 243-6-4 est applicable aux transactions. »</p>
	<p align="center">Article L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime (nouveau)</p>
	<p>Les dispositions de l'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole.</p>
<p>OTD</p>	
<p>Article L. 652-3 actuel du code de la sécurité</p>	<p>Article L. 652.3 modifié du code de la sécurité</p>

sociale	sociale
<p>Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les caisses du régime social des indépendants et les organismes conventionnés pour l'assurance maladie et maternité ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard.</p> <p>L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L211-2 du code précité à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.</p> <p>L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.</p> <p>Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.</p> <p>Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux</p>	<p>Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les caisses du régime social des indépendants et les organismes conventionnés pour l'assurance maladie et maternité ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard.</p> <p>L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, contributions, et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L211-2 du code précité à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.</p> <p>L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.</p> <p>Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. A peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Toutefois, sauf décision contraire du juge, le paiement n'est pas différé :</p> <p>1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé tel que défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;</p> <p>2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle mentionnée à l'article L. 243-12-1 ;</p> <p>3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif</p> <p>Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.</p> <p>Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux</p>

<p>sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat</p>	<p>sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.</p> <p><i>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat</i></p> <p>Les dispositions du présent article sont applicables au recouvrement des indus de prestations sociales dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.</p>
<p>Article L. 725-12 du code de la sécurité sociale du code rural et de la pêche maritime</p>	<p>Article L. 725-12 modifié du code de la sécurité sociale du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'œuvre agricole ou des personnes physiques non-salariées agricoles, les caisses de mutualité sociale agricole habilitées à décerner la contrainte définie au 1° de l'article L. 725-3 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et majorations et pénalités de retard au titre des régimes de protection sociale agricole bénéficiant du privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège, en application de l'article L. 725-9.</p> <p>L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'organisme. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, mêmes conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L. 211-2 du code des procédures civile d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.</p> <p>L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.</p> <p>Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.</p> <p>Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévue par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Les dispositions de l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole.</p>

I. Présentation de la mesure

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

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) calculent et notifient chaque année aux différents établissements leur taux de la cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) qui se compose d'un taux dit « brut » et de quatre majorations forfaitaires. Pour les entreprises d'au moins 20 salariés, dont le taux brut de chacun des établissements dépend en tout ou partie de leur sinistralité propre, ce calcul s'appuie sur des informations émanant de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), compétente pour se prononcer sur le caractère professionnel des sinistres intervenus dans ces établissements, fixer le cas échéant le taux d'incapacité permanente des salariés concernés et servir les prestations à ces derniers.

Le recouvrement des cotisations est quant à lui assuré par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), qui procède aussi au remboursement des cotisations indues, quand par exemple le juge conclut à l'absence d'origine professionnelle d'un sinistre. L'action en répétition de l'indu de cotisations se prescrit toutefois par trois ans à compter de leur date de versement en application des dispositions de l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale.

Jusqu'en 2013, la Cour de cassation considérait que ce délai de prescription était interrompu dès lors que l'employeur contestait une décision ayant une incidence sur le niveau de ces cotisations, qu'elle émane de la CPAM ou de la CARSAT ; en revanche, l'employeur, quel que soit le bien fondé de sa demande, ne pouvait être remboursé des cotisations dues pour la période antérieure de plus de trois ans à la date de son recours.

Mais dans une série d'arrêtés rendus en 2013¹, la Cour de cassation est revenue sur cette jurisprudence : elle a considéré en effet qu'en l'état des textes seul le recours formé contre le taux de cotisations devant la CARSAT était de nature à interrompre désormais la prescription. Cela n'est pas problématique lorsque la décision à l'origine de l'évolution du taux de la cotisation a été prise par la CARSAT. Mais lorsque l'augmentation du taux de cotisation résulte d'une décision initiale de la CPAM, l'employeur doit désormais, pour interrompre le cours de la prescription triennale, former :

- un recours devant la CPAM contre la décision portant sur le caractère professionnel de l'AT-MP, sur le taux d'incapacité permanente ou sur le niveau des dépenses consécutives au sinistre ;
- mais aussi au moins trois recours conservatoires devant la CARSAT, un sinistre affectant les cotisations afférentes à trois années (soit, depuis 2014, en N+2, N+3 et N+4), et le cas échéant autant devant la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail (CNITAAT).

Or ces recours conservatoires n'ont guère de sens : CARSAT et CNITAAT ne peuvent apporter aucune réponse susceptible de les clore ; seul le contentieux devant la CPAM en est susceptible.

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

a) Mesure proposée

L'objectif de la mesure proposée, qui s'inspire d'une recommandation formulée par la Cour de cassation dans son rapport d'activité 2012, est donc d'éviter que l'employeur n'ait à former plusieurs recours pour obtenir le remboursement des cotisations indument versées auprès de l'URSSAF lorsque la révision de son taux de cotisation par la CARSAT est la conséquence d'une décision favorable d'une CPAM ou d'une décision juridictionnelle. L'employeur pourra obtenir le remboursement des cotisations versées à tort sur toute la période rectifiée.

b) Autres options possibles

Le maintien des textes actuels s'avérerait, en l'état actuel de la jurisprudence prise sur leur fondement, moins sécurisant pour les entreprises.

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

Cette mesure introduit une dérogation à l'application de la prescription triennale applicable au remboursement des cotisations de sécurité sociale lorsque la demande de remboursement naît d'une révision du taux de cotisations par la CARSAT. Elle trouve donc sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

¹ Cass. Civ. 2ème, 7 nov. 2013, n°1224.680, Inédit ; Cass. Civ. 2ème, 10 oct. 2013, n°1223.477, Publié.

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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

L'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale sera modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure n'a pas d'impact financier en tant que tel.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure sécurisera l'environnement juridique des entreprises et est donc favorable à leur développement.

b) impacts sociaux

La mesure n'a pas d'impact sur les assurés. L'éventuel remboursement *a posteriori* de certaines cotisations aux employeurs est sans impact sur les droits dont les salariés ont pu bénéficier en vertu des dispositions législatives et réglementaires.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Il s'agit d'une mesure de simplification au premier chef pour les entreprises qui n'auront plus à saisir à la fois la CPAM et la CARSAT voire la CNITAAT lorsque la modification du taux de leurs cotisations résulte d'une décision de la CPAM. Les entreprises récupéreront l'ensemble des cotisations qui avaient été calculées par application aux salaires du taux ayant donné lieu à rectification.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Il s'agit également d'une mesure de simplification pour les CARSAT et la CNITAAT, qui n'auront plus à faire face à des recours conservatoires multiples de la part des entreprises (8200 recours gracieux conservatoires formés en 2013, 1900 recours CNITAAT conservatoires en 2013).

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure permettra de réduire des charges, liées à l'évolution de la jurisprudence, qui n'étaient pas anticipées lors de l'élaboration de la dernière convention d'objectif et de gestion de la branche et pour lesquelles aucun moyen spécifique n'avait donc été prévu.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mesure n'emporte pas de texte d'application, elle est d'application directe.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mise en œuvre pratique de cette mesure ne nécessite pas de prévoir de mesures transitoires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les modalités d'information des entreprises seront déterminées avec les caisses concernées.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'apparaît pas nécessaire de mettre en place un suivi particulier de ces dispositions.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 243-6 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 243-6 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.</p> <p>Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1er janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue.</p> <p>En cas de remboursement, les organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de deux ans à compter du remboursement desdites cotisations.</p> <p>Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa ci-dessus, le bénéfice des prestations servies ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration.</p> <p>Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 effectuent le remboursement des cotisations indues dans un délai de quatre mois à compter de la demande mentionnée au premier alinéa</p>	<p>I - La demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.</p> <p>Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1er janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue.</p> <p>Lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail en matière de taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés.</p> <p>II - En cas de remboursement, les organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de deux ans à compter du remboursement desdites cotisations.</p> <p>Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa ci-dessus, le bénéfice des prestations servies ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration.</p> <p>III - Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 effectuent le remboursement des cotisations indues dans un délai de quatre mois à compter de la demande mentionnée au premier alinéa.</p>

I. Présentation de la mesure

Dans un objectif de modernisation du recouvrement des cotisations au régime agricole, la mesure vise, d'une part, à harmoniser les règles en vigueur au sein du régime agricole avec celles du régime général en créant une compétence partagée entre les directeurs des caisses de mutualité sociale agricole (MSA) et les commissions de recours amiable en matière de remise des pénalités et majorations de retard et, d'autre part, à simplifier les démarches déclaratives et de paiement des non-salariés agricoles en encourageant leur dématérialisation.

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

- **Compétence partagée entre les directeurs des MSA et les CRA en matière de remise des pénalités et majorations de retard**

En application de l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime (CRPM), le conseil d'administration des caisses de mutualité sociale agricole (MSA) règle par ses délibérations les affaires de la caisse.

Ainsi, les conseils d'administration des caisses de MSA ou les commissions de recours amiable (CRA) ayant reçu délégation à cet effet peuvent accorder sur demande des cotisants une remise des pénalités et majorations de retard.

En conséquence, les directeurs des caisses de MSA n'ont pas compétence pour accorder des remises de pénalités et majorations de retard, contrairement aux dispositifs juridiques qui existent au régime général et au régime social des indépendants.

En effet, l'article R. 243-20 du code de la sécurité sociale prévoit que les directeurs des URSSAF sont compétents pour statuer sur des demandes portant sur des montants inférieurs à un seuil fixé par arrêté (de 10% à 50% du plafond annuel de la sécurité sociale en fonction de la taille de l'organisme). Ce n'est qu'à partir de ce seuil que la CRA statue sur les demandes de remise. S'agissant des travailleurs indépendants, un dispositif équivalent est applicable aux demandes de remise formulées auprès des caisses de base du régime social des indépendants (RSI).

Autoriser les directeurs de caisses de MSA à statuer sur les demandes de remises des pénalités et majorations de retard en deçà d'un certain seuil permettrait de réduire le flux des dossiers examinés en CRA en recentrant leur activité sur les recours à fort enjeu financier. Sur 96 000 décisions rendues en 2010 par l'ensemble des CRA dans leurs trois domaines de compétence (remises des majorations de retard, contestations de droit et remises de dettes), plus de 82 000 décisions concernaient uniquement des demandes de remises des majorations de retard, soit plus de 85 % des décisions rendues par les CRA du régime agricole.

L'examen systématique par les CRA de demandes de remises de pénalités et majorations de retard génère en outre, en amont des réunions, une importante charge de préparation administrative des dossiers soumis, compte tenu du formalisme inhérent à cette phase pré-contentieuse.

Par ailleurs, l'article L. 723-35 du CRPM mentionne que les décisions des conseils d'administration en matière de remise des pénalités et majorations de retard ne peuvent être prises qu'après avis conforme des comités de protection sociale des salariés (CPSS) et des non salariés (CPSNS).

Sur ce point, la MAECOPSA (Mission d'Audit, d'Évaluation et de Contrôle des Organismes de Protection Sociale Agricole, structure qui a fusionné au 1^{er} janvier 2013 avec la mission nationale de contrôle des organismes de sécurité sociale) a mis en évidence dans son rapport d'audit de décembre 2011 sur le fonctionnement des CRA que la nécessité pour celles-ci de recueillir l'avis conforme des deux comités de protection sociale pour les décisions de remise des pénalités et majorations de retard conduit à attribuer à ces derniers un rôle qui dépasse leurs attributions. Ainsi, certains membres des comités paritaires instruisent les dossiers avant validation par la CRA. Ce double niveau d'instruction apparaît, en tout état de cause, redondant en termes de charge administrative, sans qu'il constitue pour autant une garantie supplémentaire de prise en compte des droits des cotisants.

Enfin, dans son rapport de 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes estime nécessaire de transformer la compétence exclusive des CRA en une compétence partagée avec les directeurs des caisses de MSA, à l'instar du régime général.

Il est donc proposé que cette harmonisation soit opérée pour les remises de pénalités et de majorations de retard dont le montant est supérieur à un seuil fixé par arrêté interministériel. Cette mesure induit la suppression de l'avis conforme des comités de protection sociale des salariés (CPSS) et des non salariés (CPSNS).

- **Obligation de dématérialisation des déclarations de revenu professionnel des non-salariés agricoles**

S'agissant de la simplification des démarches déclaratives, l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a créé l'obligation pour les travailleurs indépendants non agricoles d'effectuer, par voie dématérialisée,

les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales ainsi que pour leurs paiements, dès lors que le montant de ces cotisations et contributions sociales excède 25 000 € en 2014 puis 10 000 € au 1er janvier 2015.

En cas de non-respect de ces obligations de déclaration et de paiement, les travailleurs indépendants sont soumis à une majoration de cotisations dans la limite de 0,2% des sommes dont la déclaration ou le paiement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée.

L'article 26 de la loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises a modifié le critère d'obligation de dématérialisation en y substituant le montant de revenu professionnel. Ainsi, les obligations de dématérialisation (déclaration et paiement) s'imposeront au-delà d'un seuil, fixé par décret, en fonction du montant du revenu professionnel à compter du 1er janvier 2015.

Les démarches déclaratives et de paiement des non-salariés agricoles doivent également être facilitées et leur dématérialisation encouragée. Les chefs d'exploitation apparaissent prêts pour l'adoption d'une telle mesure. En effet, les données issues de la mutualité sociale agricole révèlent un mouvement spontané et important de dématérialisation des Déclarations de Revenu Professionnel (DRP) de la part des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soumis à un régime réel d'imposition. En effet, en 2010, le taux de télétransmission des DRP pour cette population de chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole était de 49,3 %. Il est passé en 2011 à 53,6 %, à 56,6 % en 2012 et à 59,2 % en 2013.

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

a) Mesure proposée

• *Compétence partagée entre les directeurs des MSA et les CRA en matière de remise des pénalités et majorations de retard*

A l'instar du dispositif existant au régime général, la mesure proposée vise à donner compétence aux directeurs des caisses de MSA de remettre les pénalités et majorations de retard en deçà d'un certain seuil, en simplifiant ainsi la procédure d'examen pour les dossiers dont le montant est limité.

Cette orientation permettrait aux CRA de consacrer plus de temps aux dossiers aux plus forts enjeux financiers nécessitant des analyses individualisées et plus approfondies.

La mesure retenue vise à modifier le code rural et de la pêche maritime afin de déléguer aux directeurs des caisses de MSA la compétence des conseils d'administration pour les demandes inférieures à un seuil qui sera défini par arrêté interministériel.

Dans un souci de simplification, le seuil retenu pourrait être identique à celui existant aujourd'hui pour les dossiers de remise du régime agricole qui font l'objet d'un contrôle de légalité par la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (article R. 155-1 du code de la sécurité sociale). En conséquence, les directeurs des caisses de MSA seraient compétents pour statuer sur les demandes de remise des pénalités et majorations de retard portant sur des montants inférieurs ou égaux à 1 856 € en matière de cotisations sur salaires (5% du plafond annuel de la sécurité sociale) et à 741 € en matière de cotisations non salariées (2% du plafond annuel de la sécurité sociale).

La mesure proposée vise également à supprimer l'obligation de l'avis conforme des comités paritaires de protection sociale pour les décisions prises en matière de remise des pénalités et majorations de retard.

• *Obligation de dématérialisation des déclarations de revenu professionnel des non-salariés agricoles*

La mesure transpose le dispositif introduit par l'article 27 de la LFSS pour 2014 et modifié par l'article 26 de la loi n°2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises pour les travailleurs indépendants non-agricoles au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles, en vue :

- d'harmoniser les obligations des travailleurs non-salariés agricoles en matière de dématérialisation des déclarations avec celles des travailleurs indépendants ;
- d'inciter les non-salariés agricoles ou leurs tiers déclarants à recourir aux services en ligne proposés par la MSA en matière de déclaration, de paiement en ligne et de paiement par voie dématérialisée.

Répartition des chefs d'exploitation et des cotisants solidaires assujettis à un régime réel d'imposition par tranche de revenus professionnels (RP 2012)

Tranche de REVENUS PROFESSIONNELS (RP 2012)	Nombre de cotisants	RP Total
Total	388 221	7 207 122 013
inferieur à 1 000 €	88 265	-598 566 185
1 000 à 1 999 €	6 194	9 264 174
2 000 à 2 999 €	5 991	14 995 553
3 000 à 3 999 €	6 889	24 203 977
4 000 à 4 999 €	7 742	34 896 124
5 000 à 5 999 €	8 471	46 661 574
6 000 à 6 999 €	9 033	58 762 582
7 000 à 7 999 €	10 560	79 300 389
8 000 à 8 999 €	10 487	89 144 597
9 000 à 9 999 €	10 849	103 094 808
10 000 à 19 999 €	91 158	1 316 745 566
20 000 à 29 999 €	51 138	1 254 840 050
30 000 à 39 999 €	29 054	1 005 597 721
40 000 à 49 999 €	16 892	753 224 580
50 000 à 59 999 €	10 485	572 815 575
60 000 à 69 999 €	6 902	446 364 170
70 000 à 79 999 €	4 905	366 158 733
80 000 à 89 999 €	3 379	286 334 254
90 000 à 99 999 €	2 250	213 245 450
100 000 € et +	7 577	1 130 038 321

Seuil en fonction du RP	Nombre de cotisants	ratio
A partir de 8 000€	245 076	63,13%
A partir de 7 000€	255 636	65,85%
A partir de 6 000€	264 669	68,17%
A partir de 5 000€	273 140	70,36%
A partir de 4 000€	280 882	72,35%

Sur la base de la répartition des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole et des cotisants solidaires assujettis à un régime réel d'imposition par tranche de revenu professionnel (données MSA), l'obligation d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration ainsi que le paiement des cotisations s'appliqueraient à partir d'un seuil qui pourrait être fixé à 10 000 € de revenu professionnel dès 2015, ce qui représente environ 60% des cotisants, étant entendu que environ 59 % de ces non-salariés ont d'ores et déjà adopté la dématérialisation. Ce seuil serait maintenu en 2016 et pourrait à nouveau être abaissé en 2017 dans des proportions qui tiendront compte de l'appropriation de la mesure par les chefs d'exploitation et les chefs d'entreprises agricoles.

b) Autres options possibles

- **Compétence partagée entre les directeurs des MSA et les CRA en matière de remise des pénalités et majorations de retard**

Il n'y a pas d'autre option possible.

- **Obligation de dématérialisation des déclarations de revenu professionnel des non-salariés agricoles**

Il n'y a pas d'autre option possible.

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

Outre leur impact sur les dépenses de gestion des régimes (cf. infra), les mesures proposées modifient les règles d'organisation et de gestion interne du régime agricole, ce qui justifie leur place en LFSS en application du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS.

Elles modifient également les modalités de recouvrement des cotisations, ce qui justifie leur place en LFSS en application du 3° du B du même V.

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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

Mesure de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

En application de l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime, il appartient aux conseils d'administration des caisses de MSA ou aux commissions de recours amiable ayant reçu délégation à cet effet d'accorder la remise des pénalités et majorations de retard. Cet article sera donc modifié pour donner compétence aux conseils d'administration pour statuer sur les demandes de remises des pénalités et majorations de retard portant uniquement sur des montants supérieurs à un seuil fixé par arrêté interministériel. En outre, les deux alinéas relatifs à l'avis conforme sur les remises des pénalités et des majorations de retard des employeurs rendu par le comité de protection sociale des salariés et l'avis conforme sur les remises des pénalités et majorations de retard des non-salariés rendu par le comité de protection sociale des non-salariés seront abrogés.

Par ailleurs, l'obligation de dématérialisation des déclarations de revenu professionnel des non-salariés agricoles fait l'objet d'un nouvel article L. 731-13-2 du 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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure non applicable
Mayotte	Mesure non applicable

Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure non applicable
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

Ces mesures ne sont pas applicables dans les départements et collectivités d'outre-mer. En effet, les demandes de remise des pénalités et majorations de retard des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont soumises aux comités de gestion des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) de ces départements et collectivités (article D. 762-9 du code rural et de la pêche maritime). Par ailleurs, le régime de protection sociale agricole des salariés agricoles ne s'applique pas dans les départements et collectivités d'outre-mer dans la mesure où les salariés agricoles relèvent exclusivement du régime général géré par les CGSS (article L. 751-1 du code de la sécurité sociale). Enfin, l'assiette des cotisations et contributions sociales des non salariés agricoles y est déterminée en fonction de la superficie exploitée et non des revenus professionnels.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût de fonctionnement de la CRA dans certaines caisses est important. Les instances (CPSS et CPSNS) ont également un impact sur le budget de fonctionnement des caisses de MSA, d'autant plus que leurs avis s'appuient sur des comités départementaux et des échelons locaux chargés d'apprécier les besoins des assurés en fonction des particularités locales.

Par ailleurs, les modalités de fonctionnement (fréquence des réunions, nombre de dossiers traités) sont extrêmement variables d'une caisse de MSA à une autre. Il en est de même en ce qui concerne le nombre d'agents des caisses de MSA qui assurent le bon fonctionnement des CRA et qui est fonction de l'importance de la caisse concernée. Dans plusieurs caisses, le secrétariat de la CRA est confié à un agent de direction en charge de la protection sociale qui assiste aux réunions. Dans d'autres caisses, il s'agit du cadre responsable du service contentieux qui assure cette fonction sachant que, dans tous les cas, les secrétaires des commissions sont toujours assistés par un ou plusieurs agents du service contentieux qui présentent les dossiers.

La mise en œuvre du dispositif proposé aboutira à des gains de gestion difficilement évaluables de manière précise. Cependant, à titre d'illustration, dans certaines caisses de MSA, la charge technique de la CRA et des comités de protection sociale a été évaluée à 2 équivalents temps plein (ETP) uniquement pour les dossiers de remises de pénalités et majorations de retard.

Dans ces conditions, si l'on prend l'hypothèse que cette évolution aboutirait à réduire la charge de 2 ETP à 1 ETP, l'économie réalisée équivaudra à 1,7 M€. Ce montant est obtenu en prenant en compte le coût du salaire moyen brut d'un salarié de niveau cadre (47 500 €/an) sur les 35 caisses de mutualité sociale agricole.

Ce montant ne correspond qu'à une économie minimale dans la mesure où les économies liées aux frais de fonctionnement des CRA ne peuvent pas être directement appréciées. Dans certaines caisses de MSA, il a été mis en évidence l'impact des différentes réunions des « élus » sur celles des personnels administratifs, ce qui a pour effet d'augmenter les tâches pour les services techniques et les secrétariats de direction.

Enfin, la mesure de promotion de la dématérialisation des déclarations de revenu professionnel des non-salariés agricoles vise à simplifier les modalités de recouvrement des cotisations. Elle améliorera les modalités de recouvrement des cotisations des non-salariés agricoles et générera des économies de gestion des caisses de MSA. Elle facilitera et fiabilisera l'ouverture des droits aux prestations (indemnités journalières et assurance vieillesse).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			+ 1,7 M€	+ 1,7 M€	+ 1,7 M€

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure visant à donner compétence aux directeurs des caisses de MSA de remettre une partie des pénalités et majorations de retard sera sans conséquence pour les employeurs de main d'œuvre et les non-salariés agricoles.

L'obligation de déclaration et de paiement dématérialisée améliorera les modalités de recouvrement des cotisations des non-salariés agricoles et générera des économies de gestion des caisses de MSA. Elle permettra également de fiabiliser le calcul des cotisations grâce à des contrôles de cohérence, ce qui contribuera à sécuriser l'appel de cotisation.

b) impacts sociaux

La mesure visant à donner compétence aux directeurs des caisses de MSA de remettre une partie des pénalités et majorations de retard n'a pas d'impact sur le plan social.

La mesure relative à la dématérialisation des déclarations de revenu professionnel des non-salariés agricoles devrait faciliter et fiabiliser l'ouverture des droits aux prestations (indemnités journalières maladie, droits à l'assurance vieillesse).

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Il n'y a pas de nouvelles démarches administratives à effectuer pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui continueront à solliciter la remise des pénalités et majorations de retard dans les mêmes conditions qu'actuellement.

Par ailleurs, la dématérialisation des DRP et du paiement des cotisations allège le formalisme déclaratif des non-salariés agricoles soumis à un régime réel d'imposition. Elle permet également une viabilisation accrue des données et permet de réduire les risques d'appels de cotisations erronés.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure visant à donner compétence aux directeurs des caisses de MSA de remettre une partie des pénalités et majorations de retard nécessitera la diffusion d'une instruction par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole à l'ensemble des caisses de MSA.

De plus, des gains de productivité et des économies de gestion sont attendus au sein des caisses de MSA du fait de la mesure relative à la dématérialisation des déclarations de revenu professionnel des non-salariés agricoles. Le système d'information des caisses de MSA est déjà opérationnel pour le traitement des déclarations dématérialisées.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Les mesures seront gérées avec les moyens existants et n'auront pas d'impact budgétaire pour les caisses de MSA.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'État devra intervenir pour préciser que le directeur de la caisse de MSA peut accorder la remise des pénalités et majorations de retard (modification des articles R. 731-75, R. 741-26 et R. 741-28 du code rural et de la pêche maritime pour donner compétence aux directeurs des caisses de MSA pour statuer sur des montants inférieurs ou égaux à un seuil fixé par arrêté interministériel). Un arrêté interministériel devra également être pris pour définir le

seuil de compétence en deçà duquel les directeurs de caisses de MSA seront compétents pour remettre une partie des pénalités et majorations de retard et au-delà duquel les conseils d'administration seront compétents.

Un décret simple devra également intervenir afin de préciser le seuil de dématérialisation des DRP et du paiement des cotisations. Il est proposé de maintenir un même seuil pour 2015 et 2016. Ce seuil pourrait être abaissé en 2017 pour permettre une montée en charge progressive de la dématérialisation.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Le dispositif consistant à donner compétence aux directeurs des caisses de MSA de remettre une partie des pénalités et majorations de retard sera mis en œuvre à compter de la publication de l'arrêté fixant les montants des demandes de remise à partir duquel les conseils d'administration seront compétents. Dans l'attente de cette parution, les conseils d'administration demeureront compétents pour statuer sur l'ensemble des demandes de remise.

Concernant la mesure de promotion générale de la dématérialisation des déclarations de revenu professionnel des non-salariés agricoles, les différents seuils prendront effet au 1er janvier 2015.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les cotisants continueront à solliciter la remise des pénalités et majorations de retard dans les mêmes conditions qu'actuellement.

Concernant la dématérialisation des déclarations de revenu professionnel, les cotisants seront informés par leur caisse de MSA au moment de l'envoi des DRP.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le taux de dématérialisation des DRP sera suivi par les caisses de la MSA, comme c'est le cas actuellement.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 723-35 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 723-35 modifié du code rural et de la pêche maritime
<p>Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse. Il rend compte de sa gestion à l'assemblée générale.</p> <p>Les comités prévus aux articles L. 723-31 et L. 723-33 sont respectivement consultés pour avis sur les questions intéressant la protection sociale des exploitants agricoles ou celle des salariés agricoles. Ils peuvent proposer la recherche de toutes conventions qui leur paraissent opportunes entre la caisse de mutualité sociale agricole et d'autres organismes de sécurité sociale.</p> <p>Toutefois, ne peuvent être prises qu'après avis conforme du comité de la protection sociale des salariés les délibérations du conseil d'administration de la caisse portant sur :</p> <p>1° Les dépenses relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>2° Les dépenses relatives aux services de santé au travail et la nomination ou le licenciement des médecins du travail lorsque la caisse a constitué une section de santé au travail ;</p> <p>3° La remise des pénalités et des majorations de retard des cotisations sociales des employeurs ;</p> <p>4° La réunion de plusieurs cantons afin de former des circonscriptions groupant au moins cinquante électeurs du deuxième collège en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-18 ;</p> <p>5° La conclusion de conventions de gestion aux fins d'assurer, pour le compte de tiers, des services se rattachant à la protection sociale des salariés.</p> <p>De même, ne peuvent être prises qu'après avis conforme du comité de la protection sociale des non-salariés les délibérations du conseil d'administration de la caisse portant sur :</p> <p>a) Les dépenses relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>b) La remise des pénalités et des majorations de retard des cotisations sociales des non-salariés ;</p> <p>c) La conclusion de conventions relatives à la gestion de la protection sociale des non-salariés ;</p> <p>d) La réunion de plusieurs cantons afin de former des circonscriptions groupant au moins cinquante électeurs du premier collège ou groupant au moins dix électeurs du troisième collège en application de l'article L. 723-17.</p>	<p>Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse. Il rend compte de sa gestion à l'assemblée générale. Il statue sur les demandes de remise des pénalités et majorations de retard portant sur des montants supérieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.</p> <p>Les comités prévus aux articles L. 723-31 et L. 723-33 sont respectivement consultés pour avis sur les questions intéressant la protection sociale des exploitants agricoles ou celle des salariés agricoles. Ils peuvent proposer la recherche de toutes conventions qui leur paraissent opportunes entre la caisse de mutualité sociale agricole et d'autres organismes de sécurité sociale.</p> <p>Toutefois, ne peuvent être prises qu'après avis conforme du comité de la protection sociale des salariés les délibérations du conseil d'administration de la caisse portant sur :</p> <p>1° Les dépenses relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>2° Les dépenses relatives aux services de santé au travail et la nomination ou le licenciement des médecins du travail lorsque la caisse a constitué une section de santé au travail ;</p> <p>3° La remise des pénalités et des majorations de retard des cotisations sociales des employeurs ;</p> <p>4° La réunion de plusieurs cantons afin de former des circonscriptions groupant au moins cinquante électeurs du deuxième collège en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-18 ;</p> <p>5° La conclusion de conventions de gestion aux fins d'assurer, pour le compte de tiers, des services se rattachant à la protection sociale des salariés.</p> <p>De même, ne peuvent être prises qu'après avis conforme du comité de la protection sociale des non-salariés les délibérations du conseil d'administration de la caisse portant sur :</p> <p>a) Les dépenses relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>b) La remise des pénalités et des majorations de retard des cotisations sociales des non-salariés ;</p> <p>c) La conclusion de conventions relatives à la gestion de la protection sociale des non-salariés ;</p> <p>d) La réunion de plusieurs cantons afin de former des circonscriptions groupant au moins cinquante électeurs du premier collège ou groupant au moins dix électeurs du troisième collège en application de l'article L. 723-17</p>

	<p>Article L. 731-13-2 du code rural et de la pêche maritime (nouveau)</p>
	<p>Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23, sont tenues d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.</p> <p>Les obligations prévues à l'alinéa précédent s'imposent au-delà d'un seuil fixé par décret en fonction du montant des revenus professionnels définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22.</p> <p>La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale.</p>

I. Présentation de la mesure

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

La caisse maritime d'allocations familiales (CMAF), créée en 2002 pour gérer les prestations familiales en faveur des marins pêcheurs et des marins de la marine marchande, enregistre une très faible activité pour le service des prestations familiales. En effet, moins d'un tiers des marins actifs ont fait le choix d'être rattachés à la CMAF.

Comprenant 78 salariés, elle suit 6 388 allocataires et gère 13 460 comptes cotisants. Elle a versé 24 M€ de prestations légales et 2 M€ au titre de l'action sociale en 2011.

Sa petite taille pèse sur l'efficacité de sa gestion et ne lui permet pas de réduire ses coûts de gestion qui restent élevés au regard des autres caisses.

Ainsi, tant ses performances que sa taille sont en retrait de la politique portée par la branche famille qui a départementalisé son réseau pour disposer de caisses avec une taille suffisante pour gérer efficacement les prestations.

Or la situation de la CMAF est appelée à se dégrader à court terme, le nombre total de ses ressortissants étant en constante diminution : -26 % depuis 10 ans et -73% depuis 60 ans.

L'existence de la caisse résultant d'une disposition législative (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale qui a créé l'article L. 212-3 CSS), il convient de prévoir sa suppression par voie législative également.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée abroge ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2016, l'article L. 212-3 du code de la sécurité sociale relatif à la CMAF et supprime ainsi cet organisme.

Les marins relèveront, pour les prestations familiales, de la CAF de leur lieu de résidence. Ce rattachement constituera une simplification pour les marins, puisqu'ils pourront non seulement bénéficier du service des mêmes prestations et de la même action sociale qu'à la CMAF, mais également de l'aide personnalisée au logement et du revenu de solidarité active (RSA), que ne sert pas la CMAF. La réforme permettra donc d'offrir un guichet unique pour les prestations versées par les CAF, que la CMAF n'assurait pas.

Cette réforme est sans conséquence sur le service social maritime (SSM) puisque la CNAF continuera à verser au SSM la subvention que la CMAF lui versait.

L'activité de recouvrement de la CMAF pour les cotisations familiales et les contributions sociales (CSG, CRDS) sera transférée à l'ENIM, qui deviendra ainsi le guichet unique pour le recouvrement des cotisations sociales des marins. Le conseil d'administration de l'établissement définira les orientations de la politique de recouvrement, notamment en matière de contrôle, de relation avec les cotisants, de recouvrement amiable ou forcé. Il lui sera également possible, dans des conditions fixées par décret, de conclure avec les organismes du régime général de sécurité sociale une convention déléguant l'exercice de certaines de ces missions.

b) Autres options possibles

Une autre option aurait été la seule reprise par les CAF des dossiers de prestations familiales des marins et par l'URSSAF Poitou-Charentes de l'activité recouvrement de la CMAF. Toutefois, cette option laisserait entier le sujet du système d'information recouvrement de l'ENIM et ne permettrait pas la création d'un guichet unique pour le recouvrement, qui constitue non seulement une mesure de simplification pour les marins mais aussi une perspective de générer des gains d'efficacité et des économies d'échelle pour le service public de la sécurité sociale.

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

Cette mesure modifie les règles relatives au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale et a un impact financier pérenne sur les dépenses des régimes. Elle trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du B et du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'en application du 3° du C du même V car modifiant les règles d'organisation des régimes.

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

Les conseils d'administration de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), de la caisse nationale des vieux travailleurs salariés (CNAVTS) et du régime social des

indépendants (RSI), les conseils de la CNAMTS, de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole (MSA) ainsi que la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et le conseil d'administration de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 : il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant à ce sujet, qui relève de la seule compétence des Etats membres.

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

a) Possibilité de codification

Modification des textes renvoyant à l'article L. 212-3 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Abrogation de la section II du chapitre II du titre 1^{er} du livre deuxième du code de la sécurité sociale et de l'article L. 212-3.

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

Les marins résidant outre-mer relèveront du droit commun des organismes de sécurité sociale et seront affiliés dans la CAF territorialement compétente.

Leurs cotisations seront recouvrées, en lien avec les CGSS, par l'ENIM.

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	Sans impact
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			-	+ 3,5 M€	+3,5 M€

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

La disparition de la CMAF (70 ETP) sera définitive au 1^{er} janvier 2016. L'effet plein de cette mesure sera donc effectif à compter de la même année.

Cette estimation correspond à la reprise de 70 personnes issues de la CMAF (estimées à 50 000 euros par ETP), sous le plafond d'emplois des branches famille et recouvrement actés dans les COG.

Des économies supplémentaires pourraient être observées à terme, en fonction des possibilités de délégation de l'ENIM vers l'URSSAF qui seront expertisées notamment concernant les activités situées en aval du recouvrement.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure n'a pas d'impact sur le niveau des cotisations acquittées par le secteur dont les règles resteront inchangées.

b) impacts sociaux

Cette mesure n'a pas d'impact sur les droits des salariés dont les règles resteront inchangées.

C'est également le cas en matière d'action sociale. Les trois dispositifs d'action sociale dont peuvent bénéficier les marins (l'action sociale de leur CAF, les prestations d'action sociale offertes par le régime de l'ENIM, les aides et services offerts par le service social maritime - SSM) seront maintenus pour des enveloppes identiques.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure est sans impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes car s'applique de manière indistincte à l'ensemble des assurés.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés et les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mise en place d'un guichet unique de recouvrement est une mesure de simplification pour l'assuré qui n'aura plus qu'un seul interlocuteur en matière de recouvrement.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Les droits et obligations de la CMAF seront transférés aux différentes CAF et à l'URSSAF de la région Poitou-Charentes.

Les personnels de la CMAF qui assuraient jusqu'alors les missions relatives aux prestations familiales seront transférés à la CAF de Charente-Maritime et ceux qui assuraient les missions relatives au recouvrement à l'URSSAF Poitou-

Charentes. Les personnels de cet organisme étant des personnels sous convention collective UCANSS, ce transfert ne modifie en rien leurs droits et leur permet en outre, le cas échéant, de bénéficier des garanties prévues dans le cadre du protocole évolution des réseaux du 30 décembre 2013 s'ils choisissent de réaliser une mobilité géographique ou de changer d'emploi générique ou de famille professionnelle.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Les CAF du domicile des marins et l'URSSAF Poitou-Charentes prendront en charge les missions de la CMAF et de recouvrement de l'ENIM avec des moyens identiques et l'impact sur leur plafond d'emplois a déjà été acté dans les COG CNAF 2013-2016 et ACOSS 2014-2017.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'Etat sera nécessaire pour donner compétence au directeur de l'ENIM pour déléguer des missions à l'URSSAF Poitou-Charentes.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure entre en vigueur au 1er janvier 2016, l'année 2015 sera consacrée à organiser les transferts et les délégations *ad hoc* pour organiser l'activité selon le nouveau schéma organisationnel proposé.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité d'information spécifique n'a été prévue à ce stade.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'existe pas de dispositif particulier de suivi de la mesure.

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ? Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article 35 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administrative, modifiant l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article 35 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administrative, modifiant l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale</p>
<p>(...)</p> <p>I. — A. — A l'intitulé du chapitre III bis du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, les mots : « du recouvrement des cotisations de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales ».</p> <p>B. — L'article L. 133-5-3 du même code est ainsi rétabli :</p> <p>« Art. L. 133-5-3. - I. — Tout employeur de personnel salarié ou assimilé, à l'exception des employeurs de salariés mentionnés aux articles L. 1271-1 du code du travail et L. 531-5 du présent code, peut adresser à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou</p>	<p>(...)</p> <p>I. — A. — A l'intitulé du chapitre III bis du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, les mots : « du recouvrement des cotisations de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales ».</p> <p>B. — L'article L. 133-5-3 du même code est ainsi rétabli :</p> <p>« Art. L. 133-5-3. - I. — Tout employeur de personnel salarié ou assimilé, à l'exception des employeurs de salariés mentionnés aux articles L. 1271-1 du code du travail et L. 531-5 du présent code, peut adresser à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou</p>

<p>assimilés le montant des rémunérations versées au cours du mois précédent, les dates d'arrivée et de départ, de suspension et de reprise du contrat de travail ainsi que la durée du travail. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>« Peuvent recevoir tout ou partie de ces données, pour l'accomplissement de leurs missions, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de la gestion d'un régime de retraite complémentaire obligatoire en application du chapitre Ier du titre II du livre IX ou de la gestion d'un régime de protection sociale complémentaire institué en application de l'article L. 911-1, les caisses assurant le service des congés payés, l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail ainsi que les services de l'Etat.</p> <p>« II. — L'employeur qui souscrit la déclaration sociale nominative est réputé, à l'issue d'un délai fixé par le décret en Conseil d'Etat prévu au III du présent article, avoir accompli les déclarations ou formalités auxquelles il est tenu auprès des organismes d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 211-1 du présent code, des caisses mentionnées à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime ainsi que de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail, qui sont nécessaires à l'exercice des droits des salariés aux indemnités journalières et aux prestations mentionnées à l'article L. 5421-2 du même code.</p> <p>« III. — Les modalités d'application du présent article ainsi que les conditions dans lesquelles la déclaration sociale nominative permet d'accomplir toute autre déclaration ou formalité sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>C. — Le présent I entre en vigueur le 1er janvier 2013.</p> <p>II. — A compter du 1er janvier 2016, l'article L. 133-5-3 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° A la première phrase du I, les mots : « peut adresser » sont remplacés par le mot : « adresse » ;</p> <p>2° Les II et III sont ainsi rédigés :</p> <p>« II. — La déclaration sociale nominative se substitue à l'ensemble des déclarations auxquelles sont tenus les employeurs auprès des organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 212-3, L. 213-1 et L. 752-4 du présent code, des caisses mentionnées à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime, de la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples travaillant pour deux employeurs au moins ainsi que de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail, qui sont nécessaires à l'exercice des droits des salariés aux indemnités journalières et aux prestations mentionnées à l'article L. 5421-2 du même code, à la déclaration et au versement des contributions et cotisations sociales, ainsi qu'à la déclaration mentionnée à l'article L. 1221-16 dudit code auprès du service public de l'emploi, à la déclaration annuelle des données sociales prévue aux articles 87 et 87 A du code général des impôts ainsi qu'à toute autre déclaration portant sur les mêmes données.</p> <p>[...]</p>	<p>assimilés le montant des rémunérations versées au cours du mois précédent, les dates d'arrivée et de départ, de suspension et de reprise du contrat de travail ainsi que la durée du travail. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>« Peuvent recevoir tout ou partie de ces données, pour l'accomplissement de leurs missions, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de la gestion d'un régime de retraite complémentaire obligatoire en application du chapitre Ier du titre II du livre IX ou de la gestion d'un régime de protection sociale complémentaire institué en application de l'article L. 911-1, les caisses assurant le service des congés payés, l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail ainsi que les services de l'Etat.</p> <p>« II. — L'employeur qui souscrit la déclaration sociale nominative est réputé, à l'issue d'un délai fixé par le décret en Conseil d'Etat prévu au III du présent article, avoir accompli les déclarations ou formalités auxquelles il est tenu auprès des organismes d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 211-1 du présent code, des caisses mentionnées à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime ainsi que de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail, qui sont nécessaires à l'exercice des droits des salariés aux indemnités journalières et aux prestations mentionnées à l'article L. 5421-2 du même code.</p> <p>« III. — Les modalités d'application du présent article ainsi que les conditions dans lesquelles la déclaration sociale nominative permet d'accomplir toute autre déclaration ou formalité sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>C. — Le présent I entre en vigueur le 1er janvier 2013.</p> <p>II. — A compter du 1er janvier 2016, l'article L. 133-5-3 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° A la première phrase du I, les mots : « peut adresser » sont remplacés par le mot : « adresse » ;</p> <p>2° Les II et III sont ainsi rédigés :</p> <p>« II. — La déclaration sociale nominative se substitue à l'ensemble des déclarations auxquelles sont tenus les employeurs auprès des organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 212-3, L. 213-1 et L. 752-4 du présent code, des caisses mentionnées à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime, de la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples travaillant pour deux employeurs au moins ainsi que de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail, qui sont nécessaires à l'exercice des droits des salariés aux indemnités journalières et aux prestations mentionnées à l'article L. 5421-2 du même code, à la déclaration et au versement des contributions et cotisations sociales, ainsi qu'à la déclaration mentionnée à l'article L. 1221-16 dudit code auprès du service public de l'emploi, à la déclaration annuelle des données sociales prévue aux articles 87 et 87 A du code général des impôts ainsi qu'à toute autre déclaration portant sur les mêmes données.</p> <p>[...]</p>
--	--

Article L. 136-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 136-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I.-Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 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 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 les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>II. - (...)</p>	<p>I.-Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 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 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 les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Pour les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins selon les dispositions mentionnées à l'article L. 241-6-2.</p> <p>II. - (...)</p>

<p align="center">Section 2 du chapitre II du titre Ier du livre II du code de la sécurité sociale (Caisse maritime d'allocations familiales)</p> <p align="center">Article L. 212-3 du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Section 2 du chapitre II du titre Ier du livre II du code de la sécurité sociale (Caisse maritime d'allocations familiales)</p> <p align="center">Article L. 212-3 du code de la sécurité sociale</p>
<p>I. - La Caisse maritime d'allocations familiales assure en faveur des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer le service des prestations familiales.</p> <p>Elle assure également pour ces personnes :</p> <p>1° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables à ce recouvrement par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale ;</p> <p>2° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;</p> <p>3° Le recouvrement de la contribution pour le remboursement de la dette sociale instituée par l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;</p> <p>4° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2° et 3°.</p> <p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 212-2, le conseil d'administration de la caisse maritime d'allocations familiales est composé de trente-cinq membres dont quinze représentants des armateurs et travailleurs indépendants, quinze représentants des salariés, quatre représentants des associations familiales et une personne qualifiée.</p>	<p>(abrogé)</p>
	<p align="center">Article L. 241-6-2 du code la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, ainsi que le contrôle et le contentieux du recouvrement, est assuré par l'organisme gestionnaire de ce régime.</p> <p>Un décret fixe les modalités selon lesquelles l'organisation de cette mission comporte l'intervention de l'organisation générale de la sécurité sociale.</p>
<p align="center">Article L. 752-4 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 752-4 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :</p> <p>1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>2°) d'assurer pour les exploitants agricoles la gestion des risques maladie, invalidité et maternité, dans les conditions prévues par l'article L. 762-24 du code rural ;</p>	<p>Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :</p> <p>1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>2°) d'assurer pour les exploitants agricoles la gestion des risques maladie, invalidité et maternité, dans les conditions prévues par l'article L. 762-24 du code rural ;</p>

<p>3°) de gérer le risque vieillesse :</p> <p>a. des salariés relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse, pour le compte de ladite caisse ;</p> <p>b. des salariés agricoles ;</p> <p>c. des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article L. 762-1 du code rural ;</p> <p>4°) d'exercer une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>5°) d'exercer une action sanitaire et sociale dans leurs circonscriptions en faveur de l'ensemble des salariés et, dans les conditions prévues par l'article L. 762-25 du code rural, d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des exploitants agricoles.</p> <p>6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales.</p>	<p>3°) de gérer le risque vieillesse :</p> <p>a. des salariés relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse, pour le compte de ladite caisse ;</p> <p>b. des salariés agricoles ;</p> <p>c. des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article L. 762-1 du code rural ;</p> <p>4°) d'exercer une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>5°) d'exercer une action sanitaire et sociale dans leurs circonscriptions en faveur de l'ensemble des salariés et, dans les conditions prévues par l'article L. 762-25 du code rural, d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des exploitants agricoles.</p> <p>6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales dévolues à l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins.</p>
<p>Article L. 5427-1 actuel du code du travail</p>	<p>Article L. 5427-1 modifié du code du travail</p>
<p>Les parties signataires de l'accord prévu à l'article L. 5422-20 confient la gestion du régime d'assurance chômage à un organisme de droit privé de leur choix.</p> <p>Le service de l'allocation d'assurance est assuré, pour le compte de cet organisme, par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1.</p> <p>Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 5422-9 et L. 5422-11 est assuré, pour le compte de cet organisme, par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation, le recouvrement de ces contributions est assuré pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage :</p> <p>a) Par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du présent code, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés expatriés, des travailleurs frontaliers résidant en France et ne remplissant pas les conditions pour bénéficier des dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, notamment en matière d'assurance chômage, et des marins embarqués sur des navires battant pavillon d'un Etat étranger autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, ressortissants de ces Etats, inscrits à un quartier maritime français et admis au bénéfice de l'Etablissement national des invalides de la marine ;</p> <p>b) Par les organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés mentionnés à l'article L. 722-20 du même code ;</p>	<p>Les parties signataires de l'accord prévu à l'article L. 5422-20 confient la gestion du régime d'assurance chômage à un organisme de droit privé de leur choix.</p> <p>Le service de l'allocation d'assurance est assuré, pour le compte de cet organisme, par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1.</p> <p>Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 5422-9 et L. 5422-11 est assuré, pour le compte de cet organisme, par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation, le recouvrement de ces contributions est assuré pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage :</p> <p>a) Par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du présent code, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés expatriés, des travailleurs frontaliers résidant en France et ne remplissant pas les conditions pour bénéficier des dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, notamment en matière d'assurance chômage, et des marins embarqués sur des navires battant pavillon d'un Etat étranger autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, ressortissants de ces Etats, inscrits à un quartier maritime français et admis au bénéfice de l'Etablissement national des invalides de la marine ;</p> <p>b) Par les organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés mentionnés à l'article L. 722-20 du même code ;</p>

<p>c) Par la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples travaillant pour deux employeurs au moins, pour l'encaissement des contributions dues au titre de l'emploi de ces salariés ;</p> <p>d) Par la caisse de prévoyance sociale prévue par l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés à Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p> <p>e) Par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du présent code, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés engagés à titre temporaire qui relèvent des professions de la production cinématographique, de l'audiovisuel ou du spectacle et lorsque l'activité exercée bénéficie de l'aménagement des conditions d'indemnisation mentionné à l'article L. 5424-20 ;</p> <p>f) Par l'organisme mentionné à l'article L. 212-3 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer.</p>	<p>c) Par la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples travaillant pour deux employeurs au moins, pour l'encaissement des contributions dues au titre de l'emploi de ces salariés ;</p> <p>d) Par la caisse de prévoyance sociale prévue par l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés à Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p> <p>e) Par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du présent code, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés engagés à titre temporaire qui relèvent des professions de la production cinématographique, de l'audiovisuel ou du spectacle et lorsque l'activité exercée bénéficie de l'aménagement des conditions d'indemnisation mentionné à l'article L. 5424-20 ;</p> <p>f) Par l'organisme mentionné à l'article L. 212-3 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer.</p> <p>f) Par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des marins.</p>
<p align="center">Article L. 6331-53 actuel du code du travail</p>	<p align="center">Article L. 6331-53 modifié du code du travail</p>
<p>Les travailleurs indépendants de la pêche maritime et les employeurs de pêche maritime de moins de dix salariés ainsi que les travailleurs indépendants et les employeurs de cultures marines de moins de dix salariés affiliés au régime social des marins et, le cas échéant, leurs conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité ou concubins, collaborateurs ou associés, consacrent chaque année, pour le financement de leurs propres actions de formation, telles que définies à l'article L. 6313-1, une contribution qui ne peut être inférieure à 0,15 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale.</p> <p>Cette contribution est directement recouvrée en une seule fois et contrôlée par la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre du régime de protection sociale maritime.</p> <p>S'agissant des chefs d'entreprise de pêche maritime et des travailleurs indépendants du même secteur, la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes reverse le montant annuel de la collecte de la contribution prévue au premier alinéa à l'organisme collecteur paritaire agréé à cet effet, dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>S'agissant des chefs d'entreprise de cultures marines et des travailleurs indépendants du même secteur et, le cas échéant, de leurs conjoints collaborateurs ou associés, la caisse de mutualité sociale agricole reverse le montant de leur collecte à l'organisme collecteur paritaire agréé mentionné au troisième alinéa.</p>	<p>Les travailleurs indépendants de la pêche maritime et les employeurs de pêche maritime de moins de dix salariés ainsi que les travailleurs indépendants et les employeurs de cultures marines de moins de dix salariés affiliés au régime social des marins et, le cas échéant, leurs conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité ou concubins, collaborateurs ou associés, consacrent chaque année, pour le financement de leurs propres actions de formation, telles que définies à l'article L. 6313-1, une contribution qui ne peut être inférieure à 0,15 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale.</p> <p>Cette contribution est directement recouvrée en une seule fois et contrôlée par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre du régime de protection sociale maritime.</p> <p>S'agissant des chefs d'entreprise de pêche maritime et des travailleurs indépendants du même secteur, la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins reverse le montant annuel de la collecte de la contribution prévue au premier alinéa à l'organisme collecteur paritaire agréé à cet effet, dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>S'agissant des chefs d'entreprise de cultures marines et des travailleurs indépendants du même secteur et, le cas échéant, de leurs conjoints collaborateurs ou associés, la caisse de mutualité sociale agricole reverse le montant de leur collecte à l'organisme collecteur paritaire agréé mentionné au troisième alinéa.</p>

ARTICLE 19 – Financement des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles

I. Présentation de la mesure

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

Venant appuyer l'apport structurel de la solidarité inter-régimes et de la solidarité nationale, la réforme des retraites adoptée au début de l'année 2014 permettra de conforter le retour à l'équilibre, sous un horizon sans doute proche, du régime vieillesse des exploitants agricoles. Néanmoins, les déficits accumulés au cours des années passées et les déficits plus limités que le régime devrait connaître dans les prochaines années entraînent des coûts de financement élevés pour le régime qui se finance exclusivement auprès d'un pool bancaire conduit par le Crédit Agricole.

Si la réforme de 2009 a conduit à l'intégration financière de la branche maladie du régime des exploitants à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés cela n'est pas le cas pour la branche vieillesse. Pour cette branche, la LFSS pour 2012 a prévu le transfert des déficits au titre des exercices 2009 et 2010 (pour un montant total de 2,5 Md€) à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, mais sans résoudre la situation pour les années ultérieures.

Aussi, le déficit cumulé porté en trésorerie par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) devrait de nouveau atteindre 3,1 Md€ à fin 2014.

Le régime des non-salariés agricoles fait ainsi naturellement partie des régimes habilités, en vertu de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, par la LFSS à recourir à des ressources non permanentes dans la limite d'un plafond, afin de couvrir ses besoins de trésorerie.

La chronique des plafonds de trésorerie fixés dans les LFSS successives révèle des besoins de financement importants de la CCMSA, qui doit couvrir tant les besoins infra-annuels de trésorerie, liés aux écarts constatés entre les encaissements (de cotisations et de taxes affectés) que les déficits cumulés supportés par la branche car non transférés à la CADES. L'article 31 de la LFSS pour 2014 a ainsi fixé le plafond de trésorerie du régime à 3,5 Md€. L'abaissement du plafond en 2014 a été permis par un échange de recettes fiscales : le régime agricole devenant affectataire d'une fraction complémentaire de droits de consommation sur les tabacs (dont le profil d'encaissement est lissé tout au long de l'exercice) en remplacement de la taxe sur les véhicules de société dont les encaissements se concentraient sur les derniers mois de l'année.

Tableau 2 – Plafonds de trésorerie fixé en LFSS depuis 2009 pour le régime des exploitants agricoles

M€	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Régime des exploitants agricoles (CCMSA)	3 200	3 500	4 500	2 900	4 000	3 500

La CCMSA dispose, après recours à la mutualisation des trésoreries (mobilisation des excédents du régime des salariés agricoles, du fonds ATEXA et des retraites complémentaires obligatoires), d'un interlocuteur unique pour le financement de ces besoins de trésorerie: un pool bancaire mené par le Crédit Agricole. En 2014, la CCMSA s'est financée aux conditions suivantes :

- Un prêt court terme de 1 700 M€ octroyé sur la période du 31 décembre 2013 au 8 janvier 2014 au taux EURIBOR + 1,5 % ;
- Un prêt de 2 900 M€ avec 7 tirages entre 100 et 2 000 M€ au taux EURIBOR + 0,85 % ;
- Une ligne de trésorerie complémentaire de 50 M€ avec des tirages 1 à 7 jours au taux EONIA + 1,2 % assortie d'une commission d'engagement de 0,20 %.

Les charges financières supportées par la CCMSA sont conséquentes au regard des montants empruntés. Elles s'élevaient en effet à 36 M€ environ en 2013 pour un emprunt moyen de 2,3 Md€. A titre de comparaison, l'ACOSS supporte des charges financières d'environ 20 M€ en 2013 pour un emprunt moyen près de dix fois supérieur.

En 2014, les frais financiers, qui se sont portés à 33 M€, ont accusé un léger recul par rapport à 2013. Les causes de cette amélioration ponctuelle sont à rechercher dans la diminution de l'encours moyen de la CCMSA, qui est estimé à 2,5 Md€ (avec un point bas à 3,2 Md€), dû aux transferts de recettes évoqués précédemment. Ce profil moins heurté a permis de bénéficier de taux plus favorables lors de la négociation de la convention bancaire.

Dans un contexte marqué par la limitation des concours financiers des partenaires bancaires de la sécurité sociale, la CCMSA pourrait rencontrer à nouveau des difficultés pour obtenir, en l'absence de mesures structurantes en faveur du rééquilibrage de la branche vieillesse, les financements nécessaires au service des prestations.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de permettre à la CCMSA de recourir à l'ACOSS pour le financement de ses besoins de trésorerie dans la limite d'un plafond d'avances spécifique à cette mesure fixé en LFSS.

Depuis 2009, le financement des besoins de trésorerie de l'ACOSS se caractérise par la diversification des instruments qu'elle est autorisée à mobiliser. En complément des concours bancaires de la Caisse des dépôts et consignations, l'ACOSS est ainsi autorisée à compléter le financement des besoins de trésorerie du régime général, par l'émission de titres de créances négociables (billets de trésorerie et *euro commercial paper*, ce dernier programme étant jusqu'ici géré par l'Agence France Trésor) sur les marchés financiers. Les conditions tarifaires d'emprunt offertes par ces instruments permettent au régime général d'optimiser ses charges financières.

Avec un taux EONIA¹ bas depuis 2009, la structure du financement de l'ACOSS lui a permis d'enregistrer un taux de financement proche des conditions d'emprunt sur le marché monétaire, soit 0,13% en 2013 pour un EONIA moyen à 0,09%.

Le tableau suivant synthétise les conditions de financement des deux organismes pour l'année 2013.

Tableau 3 - Comparaison financement ACOSS/CCMSA (2013)

	ACOSS	CCMSA
Taux de financement	0,137%	1,47%
Solde moyen d'emprunt	22 Md€	2,4 Md€
Charges financières	26 M€	35,7 M€
Point bas (*y compris financements liés à la gestion du risque de liquidité)	29,3 Md€*	3,2 Md€

La mesure proposée vise ainsi à permettre à la CCMSA de bénéficier des capacités d'emprunt de l'ACOSS, ce qui réduira le coût de la couverture de ses besoins de trésorerie. Cet objectif implique d'autoriser expressément l'ACOSS à consentir des prêts et des avances à la CCMSA pour des durées supérieures à un mois. En effet, le cadre juridique actuel limite les avances que l'ACOSS peut consentir aux régimes de base de sécurité sociales et aux organismes énumérés dans l'annexe 8 du PLFSS à des durées d'un mois. Si ce cadre est adapté à la couverture des besoins ponctuels de trésorerie de certains régimes (tels la Caisse nationale de solidarité dans les mines – CANSSM ou la Caisse nationale des industries électriques et gazières – CNIEG), il ne permet pas de financer les besoins durables de financement de la CCMSA.

Les modalités de cette gestion seront fixées par une convention entre l'ACOSS et la CCMSA, approuvée par les ministres de tutelle.

Cette mesure permettra une diminution des charges financières (estimées à plus de 40 M€ dès 2015) acquittées par la CCMSA, un financement optimisé des besoins de trésorerie des régimes, une mutualisation accrue des trésoreries sociales ainsi que des économies en gestion liées à la fin de négociations bancaires complexes. Afin d'encadrer les montants avancés par l'ACOSS, un plafond est par ailleurs fixé pour une période de trois ans en prenant en compte les projections de soldes sous-jacentes de l'annexe B du présent projet de loi.

b) Autres options possibles

L'ACOSS figure, au même titre que la Caisse d'amortissement de la dette sociale, dans la liste, fixée par l'article L. 213-3 du code monétaire et financier, des entités autorisées à émettre des titres de créances négociables.

Face au resserrement des crédits bancaires, il aurait pu être envisagé d'élargir cette possibilité à la CCMSA qui aurait ainsi couvert ses besoins de trésorerie qui ne le sont actuellement que par une ouverture de compte courant à court terme.

Cependant, la gestion des billets de trésorerie nécessite une technicité et des compétences spécifiques que la CCMSA devrait acquérir, ce qui nécessiterait des effectifs supplémentaires et la délégation de cette mission sous la forme d'un mandat de gestion à un autre organisme resterait également compliquée et coûteuse à mettre en œuvre. La MSA devrait par ailleurs obtenir une notation. En effet, même si la notation financière d'un programme d'émission de TCN par une agence de notation (S&P, Moody's, Fitch) n'est pas obligatoire, lorsque l'émetteur est coté sur une place européenne (soit à la Bourse ou éventuellement s'il existe des obligations cotées de ce même émetteur), dans la pratique, en raison des exigences des investisseurs, rares sont les entreprises ayant un programme de BT non noté. Enfin, il n'apparaît pas pertinent de multiplier dans la sphère de la protection sociale les émetteurs de dette de court terme, alors même qu'est poursuivie de manière constante une politique de mutualisation des trésoreries sociales.

¹ EONIA : moyenne pondérée des taux sur le marché monétaire au jour le jour sur le marché européen

L'élargissement des gains liés à la qualité de la signature ACOSS apparaît au contraire comme la poursuite logique de ces premières initiatives de mutualisation.

L'option de la gestion d'une partie du besoin de trésorerie par l'ACOSS qui consentirait des avances à la CCMSA lèverait une partie des obstacles évoqués précédemment. En effet, cette solution, permettrait à l'ACOSS d'emprunter sur les marchés financiers en accordant des avances complémentaires au financement bancaire de la CCMSA. Ainsi, les compétences trésorerie seraient mutualisées comme dans le cas de figure où l'Agence consent des prêts à la MSA.

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

Cette mesure relève du champ facultatif des lois de financement de la sécurité sociale. Elle modifie en effet le cadre applicable aux activités de trésorerie de la CCMSA et de l'ACOSS et relève à ce titre des dispositions du 4° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Cette mesure a par ailleurs un effet sur les dépenses (en l'occurrence, les charges d'intérêt) du régime vieillesse des non salariés agricoles et relève à ce titre des dispositions du 1° et du 2° du C du V du même article.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de texte en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

Cet article complète l'article L. 225-1-4 qui figure à la section première du chapitre V du titre II du livre deuxième du code de la sécurité sociale et l'article L. 731-5 du 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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure directement applicable

Collectivités d’Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La volatilité des taux d'intérêt affecte nécessairement l'exercice de chiffrage. Il est néanmoins possible d'évaluer l'impact, en termes d'économies de frais financiers, qui peut être attendu de la mutualisation des capacités d'emprunt de l'ACOSS au profit de la CCMSA. L'évolution du taux EONIA est difficile à anticiper sur les trois années à venir ; toute augmentation du taux aurait néanmoins un impact sur l'augmentation des charges financières de l'ACOSS.

Sur la base d'un différentiel de taux d'emprunt qu'on peut estimer, sans changement des conditions actuelles de marché, entre 1,2 et 1,4%, et sur la base d'une refacturation des avances entre les deux organismes sur la base d'un taux EONIA plus 10 points de base, on peut estimer le gain pour la CCMSA à 30 M€ environ et pour l'ACOSS à 3 M€ sous l'hypothèse d'un recours exclusif de la CCMSA à l'ACOSS pour ses emprunts.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)			
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)			
	Coût ou moindre recette (signe -)			
	2014 (rectificatif)	2015	2016	2017-2018
Régime des exploitants agricoles		+30 M€	+30 M€	+30 M€
Régime général		+3M€	+3M€	+3M€

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure permet de réduire les charges d'intérêts et les déficits du régime des non-salariés agricoles. Elle contribue de la sorte à l'amélioration des comptes publics. L'accroissement de la demande de titres de créances négociables des émetteurs publics demeure en revanche limité au regard des sommes financières en jeu et n'est donc pas susceptible d'affecter les comportements des acteurs des marchés monétaires.

b) impacts sociaux

Cette mesure qui porte sur le financement de la trésorerie n'a pas d'impacts sociaux.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure n'a pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure n'affecte pas les conditions dans lesquelles les prestations sociales sont servies aux assurés des régimes agricoles.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

L'ACOSS facturera à la CCMSA les charges de gestion afin de neutraliser les impacts budgétaires et financiers de ce transfert. Ce financement viendra en déduction des économies réalisées par la CCMSA au titre du transfert de gestion de l'emprunt.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mesure ne nécessite pas de texte réglementaire d'application. Une convention entre l'ACOSS et la CCMSA fixera les modalités des prêts et avances consentis. Le taux appliqué entre les 2 organismes sera fixé par arrêté.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure est applicable au 1er janvier 2015.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure a un impact sur les indicateurs de la partie II « Objectifs/résultats » du programme « financement » - Indicateur n° 1-3-1 et 1-3-2 « Respect des limites et coûts associés à la politique de couverture des besoins de trésorerie pour l'ACOSS et la CCMSA qui permettent d'évaluer et de retracer les coûts de financement liés au financement des besoins de trésorerie de ces deux régimes.

Par ailleurs, les charges d'intérêts continueront à être retracées distinctement dans les comptes annuels du régime des non-salariés agricoles.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 225-1-4 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 225-1-4 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.</p> <p>Pour déterminer les conditions de chaque avance, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget.</p>	<p>Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO. 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut :</p> <p>1° Consentir, contre rémunération, des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non salariés agricoles ;</p> <p>2° A titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO. 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.</p> <p>Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées aux 1° et 2°, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p>
Article L. 731-5 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 731-5 modifié du code rural et de la pêche maritime
<p>La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut recourir à des ressources non permanentes dans les limites prévues par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année. La convention conclue entre la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les établissements financiers est approuvée par les ministres chargés de l'agriculture, de la sécurité sociale et du budget.</p>	<p>La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut recourir à des ressources non permanentes dans les limites prévues par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année. La convention conclue entre la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les établissements financiers est approuvée par les ministres chargés de l'agriculture, de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>Le régime des exploitants agricoles peut recourir à des prêts et avances auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale.</p>

ARTICLE 20 – Alignement sur le droit commun des circuits financiers et comptables de la caisse de sécurité sociale de Mayotte

I. Présentation de la mesure

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

a) Organisation financière et comptable

Les dispositions relatives à la caisse de sécurité sociale de Mayotte – CSSM – n'ont pas encore tiré toutes les conséquences de la transformation de la collectivité de Mayotte en département en 2011. Alors que la gestion de sa trésorerie est en principe centralisée à l'ACOSS comme celle de l'ensemble des organismes du régime général, les textes régissant son organisation financière ne lui ont pas étendu l'application des mécanismes de financement habituels des organismes de base par les caisses nationales du régime général et ont simplement prévu l'affectation à la CNAVTS des excédents constatés au titre du régime de retraite pour l'exercice précédent.

La CSSM dégage donc chaque année des résultats comptables à partir des contributions versées par les autres caisses nationales du régime général et a donc accumulé localement des réserves. Ces réserves sont gérées en trésorerie par l'ACOSS mais ne sont pas affectées aux caisses nationales, tant comptablement qu'en trésorerie.

La départementalisation de 2011 avait mis en cohérence certaines règles de sécurité sociale à Mayotte avec celles applicables en métropole, y compris s'agissant des prestations familiales. Dans ce contexte, la gestion de ces prestations, qui avait été confiée à titre temporaire en 2002 à la caisse d'allocations familiales de la Réunion, repose aujourd'hui sur des circuits financiers complexes. Un alignement sur le droit commun et une simplification des circuits financiers, en ce qui concerne les prestations familiales, est donc nécessaire.

b) Tarification des séjours hospitaliers des assurés mahorais pris en charge sur le territoire national hors de l'île de Mayotte

La facturation des séjours hospitaliers des Mahorais lorsqu'ils sont pris en charge sur le territoire national hors de l'île de Mayotte s'établit actuellement sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP) et non sur les règles de droit commun qui fondent la prise en charge par l'assurance maladie des séjours hospitaliers sur les tarifs nationaux fixés dans le cadre de la tarification à l'activité (groupes homogènes de séjours ou GHS). Cet état de fait pose question dans la mesure où :

- un séjour hospitalier tarifé sur la base des TJP occasionne un coût pour l'assurance maladie plus élevé que s'il était tarifé sur la base d'un GHS ;

- la solvabilité du régime de sécurité sociale de Mayotte est assurée par le régime général, le régime de Mayotte étant intégré au régime général sur le plan financier.

Il apparaît donc nécessaire de faire évoluer le cadre juridique applicable afin de réintégrer les assurés mahorais dans le droit commun de la tarification hospitalière.

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

a) Mesure proposée

• Organisation financière et comptable

Il est proposé d'aligner les circuits financiers et comptables de la CSSM sur ceux des organismes de base du régime général, qui correspondent en substance à un mécanisme d'intégration financière des organismes locaux dans les comptes des caisses nationales. Il s'agit ainsi de prévoir que le financement des dépenses de gestion technique et des dépenses de gestion administrative de la CSSM sera assuré par une dotation annuelle des caisses du régime général pour la part des dépenses non couverte par les ressources du régime. A la suite de cette mesure, la caisse ne dégagera plus de résultat comptable, les excédents ou déficits constatés par différence entre les recettes propres des différents régimes gérés par la CSSM et leurs dépenses, principalement au titre des prestations, étant par construction remontés dans les comptes des caisses nationales au travers des mécanismes de dotation d'équilibre. Cela permettra également de consolider les comptes de la CSSM dans ceux des branches du régime général, ce qui répond à une recommandation réitérée à plusieurs reprises par la Cour des comptes.

A cette occasion, un apurement des réserves comptables constituées des excédents dégagés historiquement sur les contributions des caisses du régime général sera également réalisé. Cet apurement est neutre financièrement pour la CSSM, la trésorerie étant déjà gérée par l'ACOSS.

Pour renforcer cet alignement sur le droit commun et simplifier les circuits financiers, il est également proposé de rattacher à la Caisse de sécurité sociale de Mayotte la gestion du régime des prestations familiales, qui est actuellement assurée par la Caisse d'allocations familiales de la Réunion. Cette évolution, en supprimant cette gestion intermédiaire par la CAF de la Réunion, clarifie les circuits financiers entre la CSSM et la Caisse nationale d'allocations familiales, dans un contexte où les prestations servies par la branche famille sont en cours d'alignement sur le droit commun, notamment les allocations logement. Cette disposition permet ainsi à la CSSM de devenir une caisse unique gérant l'ensemble des risques au bénéfice des Mahorais.

Cette mesure s'accompagnera du transfert des droits, biens et obligations de la caisse familiales de la Réunion afférents à la gestion des prestations familiales à Mayotte à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

- **Tarifification des séjours hospitaliers des assurés mahorais pris en charge sur le territoire national hors de l'île de Mayotte**

La mesure proposée a pour objectif d'aligner sur le droit commun la tarification des séjours hospitaliers des assurés mahorais lorsqu'ils sont pris en charge dans un hôpital de métropole ou d'un autre département d'outre-mer.

En particulier, s'agissant des activités dont le financement relève de la tarification à l'activité (T2A), ces séjours seront désormais rémunérés sur la base des tarifs nationaux (GHS) et non plus sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP) qui servent de base à la tarification des séjours des patients ne relevant pas du régime de sécurité sociale français.

La mise en œuvre de cette mesure est prévue à compter du 1^{er} janvier 2016 afin de permettre aux établissements de santé concernés d'anticiper cette évolution.

b) Autres options possibles

- **Organisation financière et comptable**

Le maintien de l'organisation actuelle, seule alternative à la mesure envisagée, a été écarté à la fois pour des raisons de principe lié au caractère pour partie incohérent des règles actuelles et en raison des contraintes et coûts de gestion résultant des particularités de celle-ci, qui apparaissent disproportionnés par rapport aux enjeux.

En ce qui concerne le circuit des prestations familiales, la création d'une CAF spécifique n'est pas envisageable eu égard au nombre d'allocataires concernés, d'autant que la caisse de sécurité sociale de Mayotte gère déjà les risques maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse et assure le recouvrement des cotisations sociales dont celles liées aux prestations familiales.

- **Tarifification des séjours hospitaliers des assurés mahorais pris en charge sur le territoire national hors de l'île de Mayotte**

Le maintien d'un mode de tarification dérogatoire pour les séjours hospitaliers des assurés mahorais lorsqu'ils sont pris en charge hors de l'île est la seule alternative possible à la mesure proposée. Le maintien de la situation actuelle n'est cependant pas souhaitable dans la mesure où elle génère à la fois un sur financement par l'assurance maladie des prestations dispensées aux assurés mahorais et des coûts de gestion importants pour la caisse de sécurité sociale de Mayotte qui doit traiter manuellement les factures concernées.

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

La place de cette mesure en LFSS est justifiée par son impact financier pour le régime général, notamment au titre de l'année 2015 (art. LO.111-3, V, C, 1^o et 2^o).

L'alignement sur le droit commun de la tarification des séjours hospitaliers des assurés mahorais lorsqu'ils sont pris en charge en dehors de Mayotte générera en outre une économie pérenne pour l'assurance maladie à compter de 2016.

En outre, la mesure modifie l'organisation de la sécurité sociale à Mayotte et a un impact sur ses circuits financiers et comptables qui seront alignés sur ceux des organismes de base du régime général. En outre, le directeur de l'organisme ainsi créé disposera désormais de nouvelles compétences en matière de lutte contre la fraude par l'extension à Mayotte de la possibilité d'infliger des sanctions financières dans les branches famille, vieillesse et maladie. Elle a donc également sa place en LFSS au titre du 3^o du C du V de l'article LO.111-3 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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM, le conseil d'administration de la CNSA et le Conseil général de Mayotte ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure proposée modifie l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ainsi que la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Elle n'a pas vocation à être codifiée en dehors des ordonnances précédentes.

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	sans objet
Mayotte	Mesure directement applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	sans objet
Saint-Pierre et Miquelon	sans objet
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	sans objet

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'alignement sur le droit commun de la tarification des séjours hospitaliers des assurés mahorais lorsqu'ils sont pris en charge en dehors de Mayotte générerait une économie pour l'assurance maladie estimée à 4 M€ sur la base des données de facturation disponibles.

Sans préjudice du résultat de l'exercice 2014, le transfert des réserves et du report à nouveau inscrits dans les comptes de la CSSM aux caisses nationales du régime général se traduira, en 2015 pour ces dernières, par un produit exceptionnel global (toutes branches confondues) d'environ 95 M€ (source : comptes CSSM au 31/12/2013).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
CSSM/Régime général, branche maladie			+ 95	+4	+4
Régime général					

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

L'économie générée pour l'assurance maladie correspond à une perte de recettes équivalente pour les établissements de santé concernés, qu'ils devront absorber. Le principal établissement concerné est le CHU de la Réunion. Cet impact est néanmoins limité puisqu'il est estimé à 4 M€, soit environ 1% des recettes de l'établissement liées à l'activité hospitalière de court séjour.

b) impacts sociaux

Cette mesure est sans impact social, ne modifiant aucunement les conditions d'accès aux soins des assurés mahorais.

La disposition sur le transfert des prestations familiales à la CSSM n'emporte pas de conséquence sur les salariés qui sont affectés à ces missions et qui travaillent déjà aujourd'hui dans un établissement situé sur le territoire mahorais, à Mamoudzou. Leur contrat de travail subsiste donc avec la CSSM, dans les mêmes conditions,

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet. Cette mesure n'aura pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure n'aura aucun impact sur les assurés mahorais.

Une réflexion sur l'organisation des sites de la CSSM, suite au transfert de la gestion des prestations familiales sera menée, de manière à faciliter les démarches des assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

L'alignement sur le droit commun de la tarification des séjours hospitaliers des assurés mahorais pris en charge hors de l'île permettra de simplifier les processus de facturation des établissements de santé concernés et d'alléger la charge de travail de la CSSM pour le traitement de ces factures, qui est aujourd'hui réalisé manuellement.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Les adaptations nécessaires à la mise en œuvre de la mesure devront être gérées à moyens constants dans les administrations et caisses de sécurité sociale.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

S'agissant de la tarification des séjours hospitaliers, aucun texte d'application n'est nécessaire.

Un décret est prévu pour fixer les conditions d'application de l'article 19 relatif à la gestion par la CSSM des prestations familiales.

Un décret est également prévu pour fixer les conditions de mise en œuvre des dispositions de l'article 26 modifié de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure relative à l'alignement sur le droit commun de la tarification des séjours hospitaliers des assurés mahorais entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Les autres dispositions entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2015.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

S'agissant de la mesure sur la tarification des séjours hospitaliers, des instructions seront transmises aux ARS et également auprès des établissements de santé. Parallèlement, une lettre réseau sera diffusée au sein de l'assurance maladie.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la mesure sera suivie dans le cadre du suivi des dépenses hospitalières et de la situation financière des établissements de santé concernés. Aucun indicateur spécifique supplémentaire ne sera mis en œuvre.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	
	Article 20-5-7 (nouveau) :
	Les frais d'hospitalisation mentionnés au 10° de l'article 20-1 sont facturés dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 174-1 et au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.
Article 22 actuel :	Article 22 modifié :
<p>« I.-La caisse de sécurité sociale de Mayotte est un organisme de droit privé doté de la personnalité civile.</p> <p>II.-La caisse a pour rôle :</p> <p>1° D'assurer la gestion du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès institué à l'article 19 de la présente ordonnance ;</p> <p>2° (Paragraphe supprimé)</p> <p>3° D'assurer la gestion du régime d'assurance accidents du travail et des maladies professionnelles en application des textes en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte ;</p> <p>4° D'assurer la gestion du régime d'assurance vieillesse institué par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ;</p> <p>5° (abrogé)</p> <p>6° De promouvoir une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>7° D'exercer une action sanitaire et sociale au profit des ressortissants du régime visé au 1° ci-dessus ;</p> <p>8° D'exercer une action sociale au profit des ressortissants du régime visé au 4° ci-dessus ;</p> <p>9° (Paragraphe supprimé)</p> <p>III.-A l'exception de la contribution portant sur les revenus visés au 4° du II de l'article 21 ci-dessus qui est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte, la caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° ci-dessus selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en oeuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et</p>	<p>I.-La caisse de sécurité sociale de Mayotte est un organisme de droit privé doté de la personnalité civile.</p> <p>II.-La caisse a pour rôle :</p> <p>1° D'assurer la gestion du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès institué à l'article 19 de la présente ordonnance ;</p> <p>2° D'assurer la gestion du régime des prestations familiales institué par le titre I^{er} de l'ordonnance n°2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ;</p> <p>3° D'assurer la gestion du régime d'assurance accidents du travail et des maladies professionnelles en application des textes en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte ;</p> <p>4° D'assurer la gestion du régime d'assurance vieillesse institué par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ;</p> <p>5° D'exercer une action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles ;</p> <p>6° De promouvoir une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>7° D'exercer une action sanitaire et sociale au profit des ressortissants du régime visé au 1° ci-dessus ;</p> <p>8° D'exercer une action sociale au profit des ressortissants du régime visé au 4° ci-dessus ;</p> <p>9° (Paragraphe supprimé)</p> <p>III.-A l'exception de la contribution portant sur les revenus visés au 4° du II de l'article 21 ci-dessus qui est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte, la caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° ci-dessus selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en oeuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France</p>

<p>cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. Un décret en Conseil d'Etat adapte en tant que de besoin ces règles, garanties et sanctions à la situation particulière de la collectivité territoriale de Mayotte.</p> <p>Les articles L. 244-6 et L. 244-12 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.</p> <p>Les agents de l'administration fiscale de Mayotte communiquent à leur demande aux agents de la caisse de sécurité sociale les renseignements nécessaires à l'établissement de l'assiette des cotisations et contributions et au calcul des prestations des régimes et actions gérés par la caisse.</p> <p>IV.-La caisse de sécurité sociale de Mayotte assure, dans les conditions prévues au III ci-dessus pour les ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° du II, le recouvrement des cotisations du régime des prestations familiales de Mayotte prévues à l'article 18 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte. Elle assure dans les mêmes conditions le recouvrement de la cotisation et de la contribution prévues à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté par le VII de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 modifiée relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.</p> <p>V.-La caisse de sécurité sociale peut assurer, notamment pour le compte de la collectivité territoriale de Mayotte ou de l'Etat, la gestion de tout dispositif de protection ou d'aide sociale autres que ceux entrant directement dans ses compétences, dans des conditions définies par des conventions et sous réserve du paiement des frais correspondant à cette gestion.</p> <p>VI.-Les organismes nationaux visés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale exercent, chacun dans son champ de compétence, un contrôle en matière de gestion de trésorerie ainsi qu'un contrôle sur les opérations immobilières et sur la gestion du patrimoine immobilier sur la caisse de sécurité sociale de Mayotte, au titre de ses attributions énoncées aux II et III ci-dessus.</p> <p>Les articles L. 224-11 et L. 224-13 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte qui est considérée comme un organisme de base mentionné au titre Ier du livre II de ce même code.</p> <p>L'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale est applicable à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p> <p>VII.-Les accords collectifs de travail conclus au sein de la caisse de sécurité sociale de Mayotte ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément du ministre</p>	<p>métropolitaine. Un décret en Conseil d'Etat adapte en tant que de besoin ces règles, garanties et sanctions à la situation particulière de la collectivité territoriale de Mayotte. La caisse assure le recouvrement des ressources des régimes définis aux 1° à 4° et de la cotisation prévue à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté par le 4° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. Un décret en Conseil d'Etat adapte en tant que de besoin ces règles, garanties et sanctions à la situation particulière de Mayotte.</p> <p>Les articles L. 244-6 et L. 244-12 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.</p> <p>Les agents de l'administration fiscale de Mayotte communiquent à leur demande aux agents de la caisse de sécurité sociale les renseignements nécessaires à l'établissement de l'assiette des cotisations et contributions et au calcul des prestations des régimes et actions gérés par la caisse.</p> <p>IV.-La caisse de sécurité sociale de Mayotte assure, dans les conditions prévues au III ci-dessus pour les ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° du II, le recouvrement des cotisations du régime des prestations familiales de Mayotte prévues à l'article 18 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte. Elle assure dans les mêmes conditions le recouvrement de la cotisation et de la contribution prévues à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté par le VII de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 modifiée relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.</p> <p>V.-La caisse de sécurité sociale peut assurer, notamment pour le compte de la collectivité territoriale de Mayotte ou de l'Etat, la gestion de tout dispositif de protection ou d'aide sociale autres que ceux entrant directement dans ses compétences, dans des conditions définies par des conventions et sous réserve du paiement des frais correspondant à cette gestion.</p> <p>VI.-Les organismes nationaux visés aux articles L. 221-1, L. 222-1, L.223-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale exercent, chacun dans son champ de compétence, un contrôle en matière de gestion de trésorerie ainsi qu'un contrôle sur les opérations immobilières et sur la gestion du patrimoine immobilier sur la caisse de sécurité sociale de Mayotte, au titre de ses attributions énoncées aux II et III ci-dessus.</p> <p>Les articles L. 224-11 et L. 224-13 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte qui est considérée comme un organisme de base mentionné au titre Ier du livre II de ce même code.</p> <p>L'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale est applicable à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p> <p>VII.-Les accords collectifs de travail conclus au sein de la caisse de sécurité sociale de Mayotte ne deviennent</p>
---	--

chargé de la sécurité sociale.	applicables qu'après avoir reçu l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale.
Article 23 actuel :	Article 23 modifié :
<p>I.-La caisse de sécurité sociale est administrée par un conseil de vingt membres comprenant :</p> <p>-huit représentants des assurés sociaux, désignés par les organisations syndicales représentatives selon le code du travail applicable à Mayotte ;</p> <p>-huit représentants des entreprises, désignés par les organisations professionnelles locales, dont quatre représentants des employeurs, deux représentants des travailleurs indépendants et deux représentants des exploitants agricoles ;</p> <p>-quatre personnes qualifiées désignées par le représentant de l'Etat à Mayotte, dont un représentant de l'association des femmes mahoraises et un représentant des retraités.</p> <p>Siège également avec voix consultative un représentant du personnel élu dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Assiste également aux séances du conseil l'autorité compétente de l'Etat.</p> <p>(...)</p>	<p>I.-La caisse de sécurité sociale est administrée par un conseil de vingt membres comprenant :</p> <p>-huit représentants des assurés sociaux, désignés par les organisations syndicales représentatives selon le code du travail applicable à Mayotte ;</p> <p>-huit représentants des entreprises, désignés par les organisations professionnelles locales, dont quatre représentants des employeurs, deux représentants des travailleurs indépendants et deux représentants des exploitants agricoles ;</p> <p>-quatre personnes qualifiées désignées par le représentant de l'Etat à Mayotte, dont un représentant de l'association des femmes mahoraises, un représentant des associations familiales et un représentant des retraités.</p> <p>Siège également avec voix consultative un représentant du personnel élu dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Assiste également aux séances du conseil l'autorité compétente de l'Etat.</p> <p>(...)</p>
Article 23-2 actuel :	Article 23-2 modifié :
<p>Les articles L. 162-29, L. 162-29-1, L. 162-30 et L. 162-30-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.</p> <p>La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences des caisses primaires d'assurance maladie.</p>	<p>Les articles L. 162-29, L. 162-29-1, L. 162-30 et L. 162-30-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.</p> <p>La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences des caisses primaires d'assurance maladie.</p> <p>Les dispositions des articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve de l'adaptation suivante : au 1° et au 3° du II de l'article L. 162-1-14, les mots « du présent code » sont remplacés par les mots « de la présente ordonnance ».</p> <p>La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences respectivement des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse et des caisses d'assurance maladie.</p>
Article 24 actuel :	Article 24 modifié :
<p>Le conseil de la caisse de sécurité sociale de Mayotte a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :</p> <p>1° Les orientations des contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale au titre de ses missions fixées aux 1° à 4° et III et IV de l'article 22 ;</p> <p>2° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;</p> <p>3° Les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ;</p> <p>4° Les axes de la politique de gestion du risque.</p> <p>Il est périodiquement tenu informé par le directeur de la</p>	<p>Le conseil de la caisse de sécurité sociale de Mayotte a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :</p> <p>1° Les orientations des contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale au titre de ses missions fixées aux 1° à 4° et III et IV de l'article 22 ;</p> <p>2° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;</p> <p>3° Les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ;</p> <p>4° Les axes de la politique de gestion du risque.</p> <p>Il est périodiquement tenu informé par le directeur de la</p>

<p>mise en œuvre des orientations qu'il définit et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Il approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées, sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.</p> <p>Le conseil délibère également sur :</p> <p>1° La politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-1 et L. 222-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique constituée à cet effet ;</p> <p>3° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p> <p>4° La représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.</p> <p>Il délibère sur les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le conseil peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.</p> <p>Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par décret</p>	<p>mise en œuvre des orientations qu'il définit et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Il approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées, sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.</p> <p>Le conseil délibère également sur :</p> <p>1° La politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-1, et L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique constituée à cet effet ;</p> <p>3° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p> <p>4° La représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.</p> <p>Il délibère sur les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le conseil peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.</p> <p>Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par décret</p>
<p>Article 26 actuel :</p>	<p>Article 26 modifié :</p>
<p>I.-Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative et, par imputation de leur budget d'intervention, les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses d'action sociale et de prévention.</p> <p>II.-(Paragraphe supprimé)</p> <p>III.-La gestion de chacun des régimes et actions visés au II de l'article 22 ci-dessus est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.</p> <p>IV.-Les excédents de chacun de ces régimes ne peuvent être affectés ni au financement des autres régimes gérés par la caisse ni au financement de dépenses n'entrant pas dans le domaine de compétence de la caisse de sécurité sociale.</p> <p>La gestion commune de trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse ne fait pas obstacle à l'obligation prévue à l'alinéa précédent.</p> <p>Les excédents peuvent faire l'objet de placements dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>I.-Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative et, par imputation de leur budget d'intervention, les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses d'action sociale et de prévention.</p> <p>II.-(Paragraphe supprimé)</p> <p>III.-La gestion de chacun des régimes et actions visés au II de l'article 22 ci-dessus est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.</p> <p>IV.-Les excédents de chacun de ces régimes ne peuvent être affectés ni au financement des autres régimes gérés par la caisse ni au financement de dépenses n'entrant pas dans le domaine de compétence de la caisse de sécurité sociale.</p> <p>La gestion commune de trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse ne fait pas obstacle à l'obligation prévue à l'alinéa précédent.</p> <p>Les excédents peuvent faire l'objet de placements dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat.</p>

<p>Toutefois, le cas échéant, le résultat excédentaire de chaque exercice du régime prévu par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté interministériel ;</p> <p>Les réserves constituées par le régime prévu à l'article 98 de la loi du 3 janvier 1985 susvisée avec les excédents de ses exercices antérieurs au 1er janvier 2003 sont versées au fonds de réserve pour les retraites institué par l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p>V.-A compter de l'exercice 2007, les sommes constitutives des réserves de la caisse de sécurité sociale de Mayotte constatées au titre des résultats excédentaires des années antérieures des différents risques et actions autres que le régime d'assurance vieillesse sont affectées au financement du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à l'exception d'une somme affectée au financement du programme immobilier nécessaire au fonctionnement de la caisse. Les modalités d'application du présent V sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>VI.-A compter du 1er janvier 2008, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p> <p>En vue de clarifier la gestion des différents régimes et actions gérés par la caisse, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque régime et action par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque régime et action.</p>	<p>Toutefois, le cas échéant, le résultat excédentaire de chaque exercice du régime prévu par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté interministériel ;</p> <p>Les réserves constituées par le régime prévu à l'article 98 de la loi du 3 janvier 1985 susvisée avec les excédents de ses exercices antérieurs au 1er janvier 2003 sont versées au fonds de réserve pour les retraites institué par l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p>V.-A compter de l'exercice 2007, les sommes constitutives des réserves de la caisse de sécurité sociale de Mayotte constatées au titre des résultats excédentaires des années antérieures des différents risques et actions autres que le régime d'assurance vieillesse sont affectées au financement du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à l'exception d'une somme affectée au financement du programme immobilier nécessaire au fonctionnement de la caisse. Les modalités d'application du présent V sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>VI.-A compter du 1er janvier 2008, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p> <p>En vue de clarifier la gestion des différents régimes et actions gérés par la caisse, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque régime et action par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque régime et action.</p> <p>I.-Pour assurer le service des prestations des régimes visés au 1° à 4° du II de l'article 22, les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1, et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses de chacun desdits régimes au titre de l'exercice, après déduction des recettes de cotisations et contributions sociales de ces mêmes régimes au titre de l'exercice.</p> <p>Si, pour tout ou partie des régimes, les recettes de cotisations et contributions sociales excèdent les dépenses au titre de l'exercice, la caisse de sécurité sociale de Mayotte transfère les excédents constatés aux organismes nationaux du régime général concernés au titre de ce même exercice.</p> <p>II - Les organismes nationaux susvisés ainsi que l'agence centrale des organismes de sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative au titre de l'exercice, après déduction des éventuelles recettes de gestion administrative au titre de ce même exercice.</p>
---	--

	<p>Les dépenses de gestion administrative de la caisse s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>III - Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses d'action sociale et de prévention au bénéfice des ressortissants des régimes mentionnés au II de l'article 22.</p> <p>Les dépenses d'action sociale et de prévention s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Les objectifs de l'action sociale et de la prévention exercée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte en faveur des ressortissants des régimes visés au II de l'article 22 et de leur famille sont définis par les contrats pluriannuels mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>IV - La gestion de chacun des régimes et actions visés au II de l'article 22 est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.</p> <p>V - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte dans les conditions fixées en application de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>VI - Les dispositions des articles L. 114-5, L. 114-6 et L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p> <p>VII - Pour l'application du présent article, la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base au sens du titre Ier du livre II du code de la sécurité sociale.</p> <p>VIII - Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article.</p>
<p>Article 33 actuel de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 :</p>	<p>Article 33 modifié de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 :</p>
<p>II.-Jusqu'au 31 décembre 2015, 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</p>	<p>II.-Jusqu'au 31 décembre 2015, 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 à l'exception de ceux affiliés au régime</p>

<p>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'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, 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'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>
<p>Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002</p>	
<p>Article 15 actuel :</p>	<p>Article 15 modifié :</p>
<p>La caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles dans le cadre d'un programme défini par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'outre-mer, après avis de son conseil d'administration et de la Caisse nationale des allocations familiales.</p> <p>Les objectifs de l'action sociale exercée par la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte en faveur des ressortissants du régime et de leur famille sont ceux définis par la convention d'objectifs et de gestion conclue avec la Caisse nationale des allocations familiales mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale. La Caisse nationale des allocations familiales attribuée à la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte une dotation annuelle prise sur le fonds d'action sanitaire et sociale mentionné au 2° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>La caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles dans le cadre d'un programme défini par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'outre-mer, après avis de son conseil d'administration et de la Caisse nationale des allocations familiales.</p> <p>Les objectifs de l'action sociale exercée par la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte en faveur des ressortissants du régime et de leur famille sont ceux définis par la convention d'objectifs et de gestion conclue avec la Caisse nationale des allocations familiales mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale. La Caisse nationale des allocations familiales attribuée à la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte une dotation annuelle prise sur le fonds d'action sanitaire et sociale mentionné au 2° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'organisme gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte mentionné à l'article 19 exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles dans les conditions fixées par l'article 26 de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p>
<p>Article 19 actuel :</p>	<p>Article 19 modifié :</p>
<p>« I.-A titre temporaire, dans l'attente de la création d'une caisse d'allocations familiales de Mayotte, la gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est confiée à la caisse d'allocations familiales de la Réunion, à l'exception du recouvrement des cotisations opéré conformément à l'article 18.</p> <p>Le paiement des prestations visé à l'alinéa précédent par la caisse d'allocations familiales de la Réunion est effectué par prélèvement sur la trésorerie de la branche famille visée à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de ce prélèvement vient en déduction de la contribution d'équilibre visée au 3° du I de l'article 18 ci-dessus. Le montant mensuel des prestations payées par la caisse d'allocations familiales de la Réunion pour le compte du régime des prestations familiales de Mayotte est notifié à la Caisse nationale des allocations familiales dans des conditions déterminées par décret.</p> <p>II.-La caisse d'allocations familiales de la Réunion perçoit à ce titre des frais de gestion, calculés au prorata des dépenses du régime, et dont le taux est fixé par arrêté des</p>	<p>I.-A titre temporaire, dans l'attente de la création d'une caisse d'allocations familiales de Mayotte, la gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est confiée à la caisse d'allocations familiales de la Réunion, à l'exception du recouvrement des cotisations opéré conformément à l'article 18.</p> <p>Le paiement des prestations visé à l'alinéa précédent par la caisse d'allocations familiales de la Réunion est effectué par prélèvement sur la trésorerie de la branche famille visée à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de ce prélèvement vient en déduction de la contribution d'équilibre visée au 3° du I de l'article 18 ci-dessus. Le montant mensuel des prestations payées par la caisse d'allocations familiales de la Réunion pour le compte du régime des prestations familiales de Mayotte est notifié à la Caisse nationale des allocations familiales dans des conditions déterminées par décret.</p> <p>II.-La caisse d'allocations familiales de la Réunion perçoit à ce titre des frais de gestion, calculés au prorata des dépenses du régime, et dont le taux est fixé par arrêté des</p>

ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer. Les opérations financières et comptables du régime des prestations familiales de Mayotte font l'objet d'une comptabilité distincte conformément aux dispositions du chapitre III du titre V du livre II du code de la sécurité sociale. Les opérations de trésorerie sont retracées dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.

La caisse d'allocations familiales de la Réunion contribue en outre à préparer la création d'une caisse d'allocations familiales de Mayotte. La caisse gestionnaire est assistée pour l'exercice de ses missions à Mayotte d'un conseil d'orientation pour la gestion des prestations familiales à Mayotte.

III.-Le conseil d'orientation pour la gestion des prestations familiales à Mayotte présidé par le représentant de l'Etat à Mayotte et composé en nombre égal de représentants des organisations représentatives des salariés et des employeurs à Mayotte ainsi que d'organisations représentant les familles et de personnes qualifiées a notamment pour mission :

1° De mettre en œuvre les orientations de l'action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales de Mayotte définies par la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article 15. Il exerce à ce titre les missions dévolues au conseil d'administration de la caisse gestionnaire et prévues à l'article 15. Il tient compte, dans ses orientations, de celles qui sont mises en œuvre par la caisse de sécurité sociale de Mayotte au titre de son action sociale ainsi que par le conseil général de Mayotte ;

2° Il exerce également les missions dévolues au conseil d'administration de la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte en ce qui concerne les recours amiables formés par les ressortissants du régime des prestations familiales de Mayotte. Une commission est constituée à cet effet au sein du conseil d'orientation, composée à parité de représentants des organisations représentatives des salariés et des employeurs à Mayotte membres de ce conseil, et présidée par le représentant de l'Etat à Mayotte.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment la composition de la commission mentionnée au 2° ci-dessus ainsi que les conditions dans lesquelles elle examine les réclamations.

IV.-Les dispositions de l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime des prestations familiales de Mayotte.

V.-Le régime des prestations familiales de Mayotte est soumis au contrôle de la Cour des comptes selon les modalités et les sanctions prévues à l'article L. 154-1 du code de la sécurité sociale. »

~~ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer. Les opérations financières et comptables du régime des prestations familiales de Mayotte font l'objet d'une comptabilité distincte conformément aux dispositions du chapitre III du titre V du livre II du code de la sécurité sociale. Les opérations de trésorerie sont retracées dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.~~

~~La caisse d'allocations familiales de la Réunion contribue en outre à préparer la création d'une caisse d'allocations familiales de Mayotte. La caisse gestionnaire est assistée pour l'exercice de ses missions à Mayotte d'un conseil d'orientation pour la gestion des prestations familiales à Mayotte.~~

~~III.-Le conseil d'orientation pour la gestion des prestations familiales à Mayotte présidé par le représentant de l'Etat à Mayotte et composé en nombre égal de représentants des organisations représentatives des salariés et des employeurs à Mayotte ainsi que d'organisations représentant les familles et de personnes qualifiées a notamment pour mission :~~

~~1° De mettre en œuvre les orientations de l'action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales de Mayotte définies par la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article 15. Il exerce à ce titre les missions dévolues au conseil d'administration de la caisse gestionnaire et prévues à l'article 15. Il tient compte, dans ses orientations, de celles qui sont mises en œuvre par la caisse de sécurité sociale de Mayotte au titre de son action sociale ainsi que par le conseil général de Mayotte ;~~

~~2° Il exerce également les missions dévolues au conseil d'administration de la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte en ce qui concerne les recours amiables formés par les ressortissants du régime des prestations familiales de Mayotte. Une commission est constituée à cet effet au sein du conseil d'orientation, composée à parité de représentants des organisations représentatives des salariés et des employeurs à Mayotte membres de ce conseil, et présidée par le représentant de l'Etat à Mayotte.~~

~~Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment la composition de la commission mentionnée au 2° ci-dessus ainsi que les conditions dans lesquelles elle examine les réclamations.~~

~~IV.-Les dispositions de l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime des prestations familiales de Mayotte.~~

~~V.-Le régime des prestations familiales de Mayotte est soumis au contrôle de la Cour des comptes selon les modalités et les sanctions prévues à l'article L. 154-1 du code de la sécurité sociale.~~

La gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte instituée par l'article 22 de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article.

Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002	
Article 8 actuel :	Article 8 modifié :
<p>Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5.</p> <p>Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est fixé par décret et revalorisé par arrêté conformément à l'évolution du salaire minimum prévu à l'article L. 141-1 du code du travail applicable dans la collectivité départementale de Mayotte, issu de l'ordonnance du 25 février 1991 susvisée.</p> <p>Le montant de cette allocation peut varier selon le cycle scolaire suivi par l'enfant. Les établissements scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à la caisse gestionnaire.</p>	<p>Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5.</p> <p>Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est fixé par décret et revalorisé par arrêté conformément à l'évolution du salaire minimum prévu à l'article L. 141-1 du code du travail applicable dans la collectivité départementale de Mayotte, issu de l'ordonnance du 25 février 1991 susvisée.</p> <p>Le montant de cette allocation peut varier selon le cycle scolaire suivi par l'enfant. Les établissements scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à la caisse gestionnaire à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19.</p>
Article 13 actuel :	Article 13 modifié :
<p>Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des aides au logement en vigueur à Mayotte, soit au titre de la prestation mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, soit au titre du revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.</p> <p>Ces retenues seront déterminées dans des conditions définies par décret en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret.</p> <p>Les décisions de la caisse gestionnaire notifiant le recouvrement des prestations indûment versées indiquent les voies et délais de recours ouverts à l'allocataire ainsi que les conditions et les délais dans lesquels il peut présenter ses observations écrites ou orales. Dans ce dernier cas, le débiteur peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.</p> <p>Pour le recouvrement des prestations familiales indûment</p>	<p>Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur l'organisme mentionné à l'article 19 peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des aides au logement en vigueur à Mayotte, soit au titre de la prestation mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, soit au titre du revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.</p> <p>Ces retenues seront déterminées dans des conditions définies par décret en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret.</p> <p>Les décisions de la caisse gestionnaire l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 notifiant le recouvrement des prestations indûment versées indiquent les voies et délais de recours ouverts à l'allocataire ainsi que les conditions et les délais dans lesquels il peut présenter ses observations écrites ou orales. Dans ce dernier cas, le débiteur peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.</p> <p>Pour le recouvrement des prestations familiales indûment</p>

<p>versées, le directeur de la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte peut, dans les délais et selon les conditions fixés par décret, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal chargé des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.</p> <p>Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux paiements indus de prestations familiales à compter du 1er janvier 2012.</p> <p>Les dispositions du troisième alinéa ne sont applicables aux retenues mentionnées au premier alinéa et postérieures au 1er janvier 2012 qu'à compter du 1er janvier 2014.</p> <p>Jusqu'au 31 décembre 2013, ces retenues, ainsi que celles mentionnées à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et au XXI de l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles, ne peuvent excéder un pourcentage déterminé par décret.</p> <p>La créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manoeuvre frauduleuse ou de fausse déclaration.</p> <p>L'organisme débiteur des prestations familiales est autorisé à abandonner la mise en recouvrement des montants de prestations familiales indûment payés lorsque leur montant est inférieur à une somme fixée par décret.</p> <p>Lorsque le montant de l'allocation de logement est inférieur à une somme fixée par décret, il n'est pas procédé à son versement »</p>	<p>versées, le directeur de la caisse gestionnaire l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 du régime des prestations familiales à Mayotte peut, dans les délais et selon les conditions fixés par décret, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal chargé des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.</p> <p>Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux paiements indus de prestations familiales à compter du 1er janvier 2012.</p> <p>Les dispositions du troisième alinéa ne sont applicables aux retenues mentionnées au premier alinéa et postérieures au 1er janvier 2012 qu'à compter du 1er janvier 2014.</p> <p>Jusqu'au 31 décembre 2013, ces retenues, ainsi que celles mentionnées à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et au XXI de l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles, ne peuvent excéder un pourcentage déterminé par décret.</p> <p>La créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manoeuvre frauduleuse ou de fausse déclaration.</p> <p>L'organisme débiteur des prestations familiales L'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 est autorisé à abandonner la mise en recouvrement des montants de prestations familiales indûment payés lorsque leur montant est inférieur à une somme fixée par décret.</p> <p>Lorsque le montant de l'allocation de logement est inférieur à une somme fixée par décret, il n'est pas procédé à son versement »</p>
<p align="center">Article 17 actuel :</p>	<p align="center">Article 17 modifié :</p>
<p>Le financement de la contribution à la prise en charge des frais de restauration scolaire par la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte est assuré par l'affectation d'une fraction des ressources prévues au I de l'article 28-5 de l'ordonnance n° 96-1122 susvisée, dont le montant global est fixé annuellement par l'arrêté mentionné à l'article 16.</p>	<p>Le financement de la contribution à la prise en charge des frais de restauration scolaire par la caisse gestionnaire l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 des prestations familiales de Mayotte est assuré par l'affectation d'une fraction des ressources prévues au I de l'article 28-5 de l'ordonnance n° 96-1122 susvisée, dont le montant global est fixé annuellement par l'arrêté mentionné à l'article 16.</p>
<p align="center">Article 22 actuel :</p>	<p align="center">Article 22 modifié :</p>
<p>I. - Les dispositions transitoires suivantes s'appliquent durant l'année 2002 :</p> <p>a) Les personnes bénéficiant au 31 décembre 2001 des allocations familiales versées par la caisse de prévoyance sociale de Mayotte, par les collectivités territoriales ou par des établissements publics, continuent de percevoir ces allocations dans les mêmes conditions jusqu'au 30 septembre 2002 ;</p> <p>b) Les autres personnes bénéficient des prestations familiales à compter du 1er mars 2002 ; elles sont affiliées au régime des prestations familiales de Mayotte ;</p> <p>II. - La caisse gestionnaire du régime des prestations familiales de Mayotte rembourse aux organismes mentionnés au a du I ci-dessus les dépenses engagées au titre des allocations familiales versées aux personnes</p>	<p>I. - Les dispositions transitoires suivantes s'appliquent durant l'année 2002 :</p> <p>a) Les personnes bénéficiant au 31 décembre 2001 des allocations familiales versées par la caisse de prévoyance sociale de Mayotte, par les collectivités territoriales ou par des établissements publics, continuent de percevoir ces allocations dans les mêmes conditions jusqu'au 30 septembre 2002 ;</p> <p>b) Les autres personnes bénéficient des prestations familiales à compter du 1er mars 2002 ; elles sont affiliées au régime des prestations familiales de Mayotte ;</p> <p>II. - La caisse gestionnaire du régime des prestations familiales de Mayotte L'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 rembourse aux organismes mentionnés au a du I ci-dessus les dépenses engagées au</p>

<p>mentionnées au même a, ainsi que les frais de gestion qui s'y rapportent ;</p> <p>III. - L'allocation de logement est versée à compter du 1^{er} janvier 2003 »</p>	<p>titre des allocations familiales versées aux personnes mentionnées au même a, ainsi que les frais de gestion qui s'y rapportent ;</p> <p>III. - L'allocation de logement est versée à compter du 1^{er} janvier 2003 »</p>
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>	
<p>Article L. 762-1-2 actuel :</p>	<p>Article L. 762-1-2 modifié :</p>
<p>A Mayotte, la gestion des différentes branches de la protection sociale des non-salariés des professions agricoles, à l'exception de celle des prestations familiales, est assurée par une caisse de la mutualité sociale agricole désignée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Une convention entre cette caisse et la caisse de sécurité sociale de Mayotte définit l'appui technique local qu'apporte cette dernière, notamment pour l'accueil des prestataires.</p> <p>La gestion de la branche des prestations familiales pour les non-salariés des professions agricoles est assurée par la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.</p> <p>Pour les besoins de l'application du présent livre, les dispositions du code de la sécurité sociale auxquelles les dispositions du présent code renvoient sont applicables à Mayotte dans les conditions prévues au présent titre.</p>	<p>A Mayotte, la gestion des différentes branches de la protection sociale des non-salariés des professions agricoles, à l'exception de celle des prestations familiales, à l'exception du service des prestations familiales est assurée par une caisse de la mutualité sociale agricole désignée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Une convention entre cette caisse et la caisse de sécurité sociale de Mayotte définit l'appui technique local qu'apporte cette dernière, notamment pour l'accueil des prestataires.</p> <p>La gestion de la branche des prestations familiales pour les non-salariés des professions agricoles est assurée par la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative Le service des prestations familiales pour les non salariés des professions agricoles est assuré par l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 de l'ordonnance n°2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.</p> <p>Pour les besoins de l'application du présent livre, les dispositions du code de la sécurité sociale auxquelles les dispositions du présent code renvoient sont applicables à Mayotte dans les conditions prévues au présent titre.</p>

ARTICLE 21 – Compensation des mesures du pacte de responsabilité et de solidarité

I. Présentation de la mesure

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

Les mesures du Pacte de responsabilité et de solidarité (renforcement des allègements généraux, exonérations de cotisations famille, création d'un abattement sur la contribution sociale de solidarité des sociétés) ont un impact sur les recettes de l'ordre de 6,3 Md€ pour les organismes de sécurité sociale. Le projet de loi de finances prévoit les modalités globales de la compensation des pertes occasionnées pour la sécurité sociale ainsi que l'affectation à celle-ci de l'équivalent du produit de la fiscalisation des majorations de pension pour enfants (soit 1,2 Md€) annoncée lors de l'adoption de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Il porte en outre une mesure de rationalisation des relations entre l'Etat et la sécurité sociale : la réaffectation du prélèvement de solidarité, qui finançait jusqu'ici des fonds de l'Etat intervenant dans le champ de la protection sociale (FNSA, FNAL, fonds de solidarité). Ce transfert trouve sa contrepartie dans la réduction de la fraction de TVA affectée à la CNAM.

Les mouvements prévus dans le projet de loi de finances sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Perte pour la Sécurité sociale		Gain pour la Sécurité sociale	
Pacte de responsabilité	-6300	Compensation du Pacte	6300
Création d'un abattement sur la C3S	-1000	Rebudgétisation des APL	4750
Exonérations de cotisations AF pour les travailleurs indépendants	-1000	Mesures sur les caisses de congés payés	1520
Renforcement des allègements généraux ("0 charges au niveau du SMC")	-4300	Majoration fraction TVA nette affectée au RG	30
Diminution de la fraction de TVA nette affectée à la Sécurité sociale	-2534	Prélèvement de solidarité	2534
Transferts	-655		655
Financement des formations médicales	-139	Majoration de la fraction de TVA nette	139
Diminution de la fraction de TVA nette affectée à la Sécurité sociale pour la compensation de l'exonération des heures supplémentaires (TEPA)	-516	Rebudgétisation de la compensation des exonérations dites "TEPA"	516
		Affectation des gains liés à la fiscalisation des majorations de pension (via la fraction de TVA nette)	1200
		Total de TVA nette à restituer	-1681

Tirant les conséquences de ces dispositions, le présent article procède à des réaffectations de recettes internes entre les branches et caisses de sécurité sociale afin d'une part d'assurer une compensation équilibrée des effets du pacte de responsabilité et de solidarité pour chacune d'entre elles et d'autre part pour faire bénéficier le FSV du produit de la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants.

Ces réaffectations concernent également la CNSA, qui bénéficiera de manière pérenne d'une compensation des effets du pacte sur la contribution sociale pour l'autonomie compte tenu de son inclusion dans le champ des allègements généraux.

Cet article procède par ailleurs à une correction marginale relative aux règles de centralisation des contributions fiscales et sociales par l'Acoss.

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

a) Mesure proposée

Réaffectations de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale

Le présent article modifie un nombre limité de clés d'affectation des recettes fiscales entre branches, régimes et organismes de sécurité sociale. La CNAM étant affectataire, à compter du 1^{er} janvier 2015, de la totalité du prélèvement de solidarité, une partie de ses autres recettes fiscales est réaffectée vers les autres branches et organismes de sécurité sociale. Une fraction des droits tabacs dont elle est affectataire est réorientée vers la CNSA et le régime des salariés agricoles qui sont également affectés par les pertes de recettes liés au Pacte de responsabilité et de solidarité (au titre du renforcement des allègements généraux).

Il en va de même pour la CNAF. Le transfert à l'Etat de la part des aides personnelles au logement (soit près de 4,75 Md€) excède largement la perte de recettes qu'occasionnent les mesures du Pacte. Une part de la taxe sur les salaires, dont elle était affectataire, est donc réaffectée au FSV afin que celui-ci bénéficie des gains de la fiscalisation des majorations de pension, soit 1,2 Md€, transférés par l'article du projet de loi de finances relatif aux relations entre l'Etat et la Sécurité sociale.

Les mouvements financiers associés à ces modifications de clés sont résumés dans le tableau ci-dessous. Il présente en effet les mesures donnant lieu à une compensation à la sécurité sociale (le transfert des gains liés à la fiscalisation des majorations de pension et les pertes de recettes liées au pacte de responsabilité et de solidarité) ainsi que les mesures destinées à les compenser (transfert à l'Etat des aides au logement, affectation des gains attendus de la mesure sur les caisses de congés payés prévue dans le PLFSS 2015). Il rappelle également les autres mouvements affectant les relations entre l'Etat et la Sécurité sociale (réaffectation du prélèvement de solidarité, rebudgétisation des exonérations TEPA et transfert à l'assurance maladie des dépenses liées à la prise en charge des formations médicales).

en Md€	Régime général					Tous régimes	FSV
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches	Toutes branches	
Mesures du Pacte de solidarité et de responsabilité	-1,3	0,0	-1,0	-3,6	-5,9	-5,9	-0,1
Création d'un abattement sur la C3S et adossement du RSI au RG	-0,5		-0,3		-0,9	-0,9	-0,1
Exonération cotisations familiales des TI				-1,0	-1,0	-1,0	
Exonérations d'allocations familiales jusqu'à 1,6 SMIC				-3,7	-3,7	-3,7	
Renforcement des allègements généraux	-0,7	0,0	-0,7	1,1	-0,3	-0,3	
Mesures compensant les pertes de recettes du pacte de solidarité et de responsabilité	0,6	0,0	0,6	5,0	6,2	6,2	0,0
Prélèvement à la source des cotisations dans les secteurs où existent des caisses de congés payés	0,6	0,0	0,6	0,2	1,4	1,4	0,0
Rebudgétisation APL				4,8	4,8	4,8	
Autres mesures PLF	2,6	0,1	0,2	0,1	2,9	2,9	0,0
Transfert du prélèvement de solidarité	2,5				2,5	2,5	
Transfert des formations médicales	-0,1				-0,1	-0,1	
Rebudgétisation TEPA	0,2	0,1	0,2	0,1	0,5	0,5	
Ajustement de la fraction de TVA nette	-1,3	-0,1	-0,2	-0,1	-1,7	-1,7	
Transferts prévus en PLFSS	-0,6	0,0	0,4	-1,3	-1,5	-1,5	1,3
Droits tabacs	-0,2				-0,2	-0,2	
C3S	-0,4		0,4		0,0	0,0	
Taxe sur les salaires				-1,3	-1,3	-1,3	1,3
Effet net des transferts PLF/PLFSS 2015	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2

Les modifications de clés de répartition nécessaires pour parvenir à ces réaffectations de recettes - contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), taxe sur les salaires (TS), droits de consommation sur les tabacs (DCT) - sont quant à elles synthétisées dans le tableau ci-après.

Transferts de recettes							
		CNAM	CNAV	CNAF	FSV	MSA*	CNSA
C3S	Md€	-396	396				
taux actuel		22,0%	33,0%		14,0%		
nouveaux taux		13,3%	41,7%		14,0%		
TS	Md€		0	-1312	1312		
taux actuel			53,5%	27,5%	19,0%		
nouveaux taux			53,5%	18,0%	28,5%		
DCT	Md€	-275				57	218
	%	-2,47%				0,51%	1,96%
taux actuel		60,00%				7,48%	0,00%
nouveaux taux		57,53%				7,99%	1,96%

* régime des salariés agricoles

C3S : contribution sociale de solidarité des sociétés

TS : taxe sur les salaires

DCT : droit de consommation sur les tabacs

b) Autres options possibles

En l'absence de réaffectation de recettes entre les différentes branches et les régimes au sein de la sécurité sociale, des déséquilibres seraient apparus entre certaines branches excessivement compensées des pertes de recettes occasionnées par le Pacte de responsabilité et de solidarité (la CNAM et la CNAF) et symétriquement, de branches et organismes sous-compensés (la CNAV et la CNSA). Le FSV n'aurait quant à lui pas pu bénéficier des gains attendus de la fiscalisation des majorations de pensions.

Il aurait pu également être envisagé de ne pas réorienter une fraction des droits tabacs aujourd'hui affectés à la CNAM vers le régime des salariés agricoles, dans la mesure où du fait de son intégration financière au régime général les pertes de recettes liées à l'application du Pacte auraient fait l'objet d'une compensation par l'ajustement à la hausse de la dotation d'équilibre versée par les deux branches – maladie et vieillesse – du régime général. Cette option aurait cependant présenté l'inconvénient d'une moindre lisibilité.

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

La mesure a un impact sur les recettes des branches de la sécurité sociale et du FSV. Elle trouve donc place en loi de 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 131-8, L. 136-8, et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que l'article 1600-0 du code général des impôts sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable

Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
FSV (section 1)			1200	1200	1200

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

Ces mesures de transferts sont globalement neutres pour les branches du régime général mais permettent l'affectation d'1,2 Md€ de recettes supplémentaires au FSV.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure relative au financement de la CNSA, des branches et organismes de sécurité sociale n'a pas d'impact économique.

b) impacts sociaux

Cette mesure n'a pas d'impacts sociaux.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure n'a pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure n'a d'impact ni sur les assurés, ni sur les redevables.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La réaffectation des recettes nécessitera un aménagement marginal pour mettre à jour les systèmes d'information de l'ACOSS gérant la répartition des flux de recettes entre affectataires.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La répartition des droits de consommation sur les tabacs entre branches du régime des salariés agricoles devra être modifiée par arrêté. Les autres dispositions sont d'application directe.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure est d'application immédiate.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-7 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 131-7 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application, à l'exception de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1er janvier 2011 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles.</p> <p>Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi.</p> <p>La règle définie au premier alinéa s'applique également :</p> <p>1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;</p> <p>2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée.</p> <p>A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'Etat.</p>	<p>Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application, à l'exception de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1er janvier 2011 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles.</p> <p>Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi.</p> <p>La règle définie au premier alinéa s'applique également :</p> <p>1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;</p> <p>2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée.</p> <p>A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'Etat.</p> <p>Le premier alinéa n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux dispositions prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13 et au deuxième alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant du 11° de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.</p>
Article L. 131-8 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 131-8 modifié du code de la sécurité sociale
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 :	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>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 correspondant à 53,5 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,5 % ;</p> <p>-au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 19 % ;</p> <p>[...]</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> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 60 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 8,97 % ;</p> <p>c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ;</p> <p>d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;</p> <p>e) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,48 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;</p> <p>f) A l'Etablissement 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 ;</p> <p>g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-</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 correspondant à 53,5 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,5 % 18 % ;</p> <p>-au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 19 % 28,5 % ;</p> <p>[...]</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> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 60 % 57,23 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 8,97 % ;</p> <p>c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ;</p> <p>d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;</p> <p>e) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,48 % 7,99 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;</p> <p>f) A l'Etablissement 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 ;</p> <p>g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-</p>
--	---

<p>1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;</p> <p>h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 %.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>	<p>1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;</p> <p>h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 %.</p> <p>i) à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour une fraction correspondant à 1,96 %.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>
<p align="center">Article L. 136-8 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 136-8 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>[...]</p> <p>VI. - 1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article.</p> <p>2. Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7.</p> <p>3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'Etat à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.</p>	<p>[...]</p> <p>VI. - 1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article.</p> <p>2. Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et pour les produits visés au III de l'article 18 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.</p> <p>3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'Etat à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.</p>
<p align="center">Article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale (dans sa rédaction issue de la loi n°2014-892 du 8 août 2014)</p>	<p align="center">Article L. 651-2-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés :</p> <p>1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 22 % ;</p> <p>2° A la Caisse nationale d'assurance vieillesse des</p>	<p>Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés :</p> <p>1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 22 % 13,3 % ;</p> <p>2° A la Caisse nationale d'assurance vieillesse des</p>

<p>travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 33 % ;</p> <p>3° Au fonds mentionné à l'article L. 135-3, pour une fraction correspondant à 14 % ;</p> <p>4° A la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %.</p> <p>La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>	<p>travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 33 % 41,7 % ;</p> <p>3° Au fonds mentionné à l'article L. 135-3, pour une fraction correspondant à 14 % ;</p> <p>4° A la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %.</p> <p>La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>
<p align="center">Article L. 14-10-5 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 14-10-5 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p> <p>[...]</p> <p>3° Une fraction de 0,1 point du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du même code ;</p> <p>4° Une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause. Le montant de cette participation est revalorisé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;</p> <p>5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.</p>	<p>Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p> <p>[...]</p> <p>3° Une fraction de 0,1 point du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du même code ;</p> <p>4° Une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause. Le montant de cette participation est revalorisé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;</p> <p>5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.</p> <p>6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs.</p>

<p align="center">Article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014</p>	<p align="center">Article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014</p>
<p>[...]</p> <p>10° L'article L. 651-2-1 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 651-2-1.-Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés :</p> <p>« 1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 22 % ;</p> <p>« 2° A la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 33 % ;</p> <p>« 3° Au fonds mentionné à l'article L. 135-3, pour une fraction correspondant à 14 % ;</p> <p>« 4° A la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %.</p> <p>« La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels. » ;</p>	<p>[...]</p> <p>10° L'article L. 651-2-1 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 651-2-1.-Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés :-</p> <p>« 1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 22 % ;-</p> <p>« 2° A la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 33 % ;-</p> <p>« 3° Au fonds mentionné à l'article L. 135-3, pour une fraction correspondant à 14 % ;-</p> <p>« 4° A la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %.-</p> <p>« La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels. » ;</p>

ARTICLE 22 – Modification des modalités de transfert des contributions sur les revenus du patrimoine au titre de l'« exit tax »

I. Présentation de la mesure

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

Le dispositif de « *l'exit tax* » a été mis en place en 2011, afin de soumettre à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux les plus-values latentes sur les valeurs mobilières et droits sociaux constatées avant le changement de domicile des personnes physiques.

Dans ce dispositif, les plus-values latentes constatées au jour du transfert de leur domicile fiscal à l'étranger sont soumises à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux. L'imposition est, dans la plupart des cas, assortie d'un sursis de paiement et le paiement effectif intervient lors de la cession des titres ou créances. Les rôles d'« *exit tax* » sont donc émis et mis en recouvrement mais, du fait de ce mécanisme de sursis de paiement et d'éventuels dégrèvements ou dérogations, il existe une différence significative entre le montant des émissions mises en recouvrement et le niveau des recouvrements effectifs.

Or, aux termes de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, c'est aujourd'hui sur la base des mises en recouvrement que le montant de la contribution sur les revenus du patrimoine est versé aux organismes affectataires. Actuellement, ces sommes non recouvrées mais effectivement transférées aux organismes affectataires sont prélevées sur les sommes encaissées au titre de l'impôt sur le revenu, ce qui a entraîné en 2013 une minoration de l'ordre de 0,5 Md€ des recettes nettes d'impôt sur le revenu.

Les prélèvements sociaux au titre de « *l'exit tax* » ainsi que les modalités de versement de ces contributions aux organismes sociaux sont définis par la loi. Une intervention du législateur est donc nécessaire pour remédier à ce problème.

Dans le cadre de la fusion des avis d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux, les modalités de versement aux organismes de sécurité sociale ont été revues et sont incluses dans le dispositif de la convention Etat /Sécurité sociale.

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

a) Mesure proposée

Suite aux recommandations de la Cour des comptes dans son rapport sur le budget de l'Etat en 2013, il est proposé de modifier les modalités de reversement des sommes dues au titre de ces prélèvements sociaux pour que ces sommes ne soient plus versées sur la base du rôle primitif mis en recouvrement mais bien du recouvrement effectif de cette contribution.

Cette mesure permet de ne pas modifier le dispositif fiscal en vigueur en matière « *d'exit tax* » et de maintenir l'affectation des prélèvements sociaux dus à ce titre aux organismes sociaux. Elle vise uniquement à modifier les modalités du transfert de cette ressource entre deux sous-secteurs des administrations publiques tout en restant compatible avec les règles fiscales et le cadre actuel des relations entre l'Etat et la Sécurité sociale. La mesure est donc neutre pour l'ensemble des administrations publiques.

b) Autres options possibles

La Cour des comptes pose la question de la difficulté des recouvrements en matière « *d'exit tax* » et de son caractère incertain, aussi bien en termes de délais (étant donné le sursis de paiement dont le contribuable peut bénéficier) que de difficulté de recouvrement, étant donné que le dispositif même implique de recouvrer des sommes dues par des contribuables dont la résidence fiscale ne se situe pas en France.

Pour résoudre ce problème, lié aux particularités du dispositif « *exit tax* », deux autres solutions auraient pu être envisagées mais elles ne permettent pas d'atteindre l'objectif fixé et impliquent d'autres modifications qui ne paraissent pas souhaitables.

Il aurait tout d'abord été envisageable de supprimer les prélèvements sociaux dus au titre de « *l'exit tax* ». Néanmoins il n'apparaît pas opportun de modifier le cadre fiscal-social qui s'applique aux personnes assujetties à « *l'exit tax* ». Il n'apparaît pas davantage opportun de soustraire ces revenus du patrimoine aux contributions sociales.

Une autre solution aurait pu être de supprimer le transfert de ces contributions aux organismes sociaux et en prévoyant que celles-ci soient conservées par l'Etat, étant donné leur montant très faible. Pour autant, ce scénario impliquerait que des prélèvements sociaux reviennent au budget de l'Etat et non plus aux organismes de sécurité sociale, altérant ainsi profondément leur nature. Cette solution n'apparaît pas non plus pertinente.

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

Les dispositions proposées ont pour effet de modifier les règles de recouvrement relatives à des contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, et relèvent à ce titre des lois de financement de la sécurité sociale en application du 3° 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ne concerne que les modalités de transfert de ressources entre deux sous-secteurs des administrations publiques, elle ne constitue pas une mesure d'application du droit dérivé européen.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

La disposition proposée vise à modifier directement l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

Cette mesure concerne le transfert de ressources entre l'État et les organismes sociaux, elle ne trouve pas, à proprement parler, à s'appliquer outre-mer.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure permettra de maintenir le principe d'un versement aux organismes de sécurité sociale des contributions dues au titre de « l'exit tax », en procédant à ce versement au plus proche de la réalité, c'est-à-dire des sommes effectivement recouvrées.

<p>Organismes impactés (régime, branche, fonds)</p>	<p>Impact financier en droits constatés (en M€) Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)</p>
--	---

	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régime général			-445	-445	-445
Etat			+445	+445	+445

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Le cadre fiscal de « l'exit tax » étant maintenu, les dispositions n'ont pas d'impact sur le plan économique.

b) impacts sociaux

Néant.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Néant.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Néant.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Le fait de transférer, non plus les montants correspondant aux mises en recouvrement mais aux recouvrements effectifs implique que les services fiscaux aient la capacité de distinguer comptablement les recouvrements des contributions dues au titre de « l'exit tax » des autres recouvrements de l'impôt sur le revenu. Des travaux sont actuellement menés à cet égard.

Les dates de transfert de fonds doivent être prévues dans la convention entre l'Etat et les caisses de sécurité sociale.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Du fait de cette mesure, seront transférés aux organismes de sécurité sociale les recouvrements effectifs de prélèvements sociaux au titre de « l'exit tax » et non plus les montants mis en recouvrement. Tant que le dispositif n'est pas en régime de croisière et que les montants mis en recouvrement sont supérieurs aux recouvrements effectifs, la mesure diminuera donc les ressources des caisses de Sécurité sociale.

Cette mesure vient affecter les modalités d'un transfert entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale, elle n'aura donc pas d'impact sur le solde global des administrations publiques.

Cette mesure n'impliquera pas de charge de travail supplémentaire pour les caisses de sécurité sociale.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure n'appelle pas de mise en œuvre ni par les cotisants ni par les caisses de sécurité sociale.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information des assurés ou des cotisants n'est requise.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure n'appelle pas de suivi spécifique.

VI. Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L136-6 actuel du code de la sécurité sociale	Article L136-6 modifié du code de la sécurité sociale
<p>(...)</p> <p>III. - La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I à II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution résultant de la mise en recouvrement du rôle primitif est versé le 25 novembre au plus tard aux organismes affectataires.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 80 du livre des procédures fiscales sont applicables.</p> <p>Il n'est pas procédé au recouvrement de la contribution lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.</p> <p>La majoration de 10 % prévue à l'article 1730 du code général des impôts est appliquée au montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.</p> <p>IV. - Par dérogation aux dispositions du III, la contribution portant sur les redevances visées aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code du travail et versées aux artistes du spectacle et aux mannequins est précomptée, recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale.</p>	<p>(...)</p> <p>III. - La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I à II ci-dessus, à l'exception du e bis du I, est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution résultant de la mise en recouvrement du rôle primitif est versé le 25 novembre au plus tard aux organismes affectataires.</p> <p>La contribution portant sur les revenus mentionnés au e bis du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution est versé aux organismes affectataires pour le montant effectivement recouvré sans qu'il soit fait application du prélèvement prévu au B du I de l'article 1641 du code général des impôts.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 80 du livre des procédures fiscales sont applicables.</p> <p>Il n'est pas procédé au recouvrement de la contribution lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.</p> <p>La majoration de 10 % prévue à l'article 1730 du code général des impôts est appliquée au montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.</p> <p>IV. - Par dérogation aux dispositions du III, la contribution portant sur les redevances visées aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code du travail et versées aux artistes du spectacle et aux mannequins est précomptée, recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale.</p>

I. Présentation de la mesure

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

L'amélioration de l'accès aux soins des assurés passe notamment par la généralisation des pratiques de dispense d'avance des frais pour les soins de médecine de ville. Il s'agit en effet de lutter contre le renoncement aux soins pour raisons financières et de réduire les inégalités entre les assurés.

On constate que le renoncement aux soins affecte en premier lieu les personnes aux revenus modestes. En effet, selon l'enquête sur la santé et la protection sociale publiée par l'IRDES en juin 2014, 37% des personnes dont les revenus sont inférieurs à 926€ (1^{er} quintile) et encore 32,2% des personnes dont les revenus sont compris entre 926€ et 1264€ (2^e quintile) ont renoncé au moins une fois à un soin en 2012 pour raisons financières. Ainsi, les personnes bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dont le seuil de ressources s'élève depuis le 1^{er} juillet 2014 à 973€ par mois, apparaissent comme un public prioritaire dans la lutte contre les renoncements aux soins. Or, si le tiers-payant s'applique en vertu de la convention médicale (avenant n°8) pour les bénéficiaires de l'ACS, il ne concerne que la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, laissant donc à la charge de ces assurés l'avance des frais pour la part des dépenses couvertes par l'assurance maladie complémentaire, ce qui sur certains postes de soins peut représenter des sommes importantes.

En effet, la pratique du tiers payant est actuellement encadrée par les textes soit en fonction du profil du bénéficiaire soit en fonction de la nature des dépenses de soins. Elle peut par ailleurs soit concerner l'intégralité des frais engagés par l'assuré et pris en charge par les régimes de base et les organismes complémentaires, soit uniquement la part de ces frais pris en charge par les régimes de base.

Par conséquent, le tiers-payant s'applique de plein droit et sur l'intégralité de la dépense (part base ainsi que, le cas échéant, part complémentaire) pour les bénéficiaires de la CMU-c ou de l'aide médicale de l'Etat (AME) et pour les personnes prises en charge au titre du régime des accidents du travail et maladies professionnelles. Il est également applicable, uniquement pour la part prise en charge par les régimes de base, pour les soins dispensés dans les établissements de santé ou centres de santé, ainsi que pour les transports sanitaires conventionnés, et pour les soins délivrés aux bénéficiaires de l'ACS. La convention médicale prévoit également la possibilité d'appliquer le tiers-payant en cas d'actes coûteux, dans le cadre d'accords locaux ou en fonction de la situation financière de l'assuré. Enfin, les médecins et les sages-femmes sont également tenus de pratiquer le tiers-payant sur la part prise en charge par les régimes de base pour les consultations ayant pour objet la délivrance d'un contraceptif aux mineures d'au moins 15 ans. Dans les autres cas, le cadre juridique actuel limite les possibilités de recourir au tiers-payant en raison, d'une part, du principe du paiement direct des honoraires au médecin (article L. 162-2 CSS) et, d'autre part, de la possibilité pour les conventions médicales de déroger à ce principe en déterminant « *le cas échéant les conditions tendant à éviter à l'assuré de payer directement les honoraires aux médecins* ».

Aussi, afin de favoriser le recours aux soins des bénéficiaires de l'ACS bénéficiant d'une dispense d'avance de frais uniquement sur la part obligatoire des dépenses d'assurance maladie, il est proposé d'introduire un mécanisme de tiers-payant intégral permettant de couvrir également la part complémentaire.

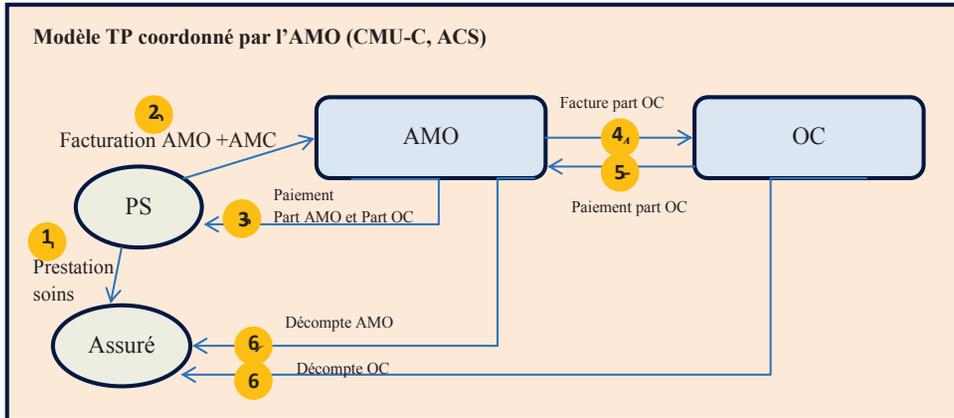
2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La première étape de la généralisation du tiers-payant (TP) annoncée dans le cadre de la stratégie nationale de santé concernera le déploiement du tiers-payant pour les bénéficiaires de l'ACS à compter de la date d'entrée en vigueur de la mise en concurrence des contrats ACS fixée au 1^{er} juillet 2015, afin d'en faire bénéficier très rapidement une catégorie d'assurés susceptibles de renoncer plus fréquemment aux soins compte tenu de leurs revenus.

a) Mesure proposée

Pour des questions de rapidité de mise en œuvre, il est donc proposé de mettre en place un dispositif de tiers-payant intégral coordonné par la CNAMTS pour les bénéficiaires de l'ACS, à l'instar de la solution déjà appliquée dans le cadre du tiers-payant pour les bénéficiaires de la CMU-c.

Cette solution présente ainsi l'avantage technique de pouvoir être mise en œuvre par la CNAMTS selon des solutions et des outils éprouvés qui seront adaptés à l'ACS mais aussi celui d'être neutre en termes de charge administrative pour le praticien, puisque la CNAMTS est seule destinataire des flux de facturation et de paiement des professionnels de santé, tant pour la part de base que pour la part complémentaire. En effet, dans ce système, le professionnel de santé (PS) envoie une facture unique, pour la part base et la part complémentaire, vers l'assurance maladie obligatoire (AMO). Celle-ci effectue alors le paiement des deux parts (obligatoire et complémentaire) au professionnel de santé. L'assurance maladie obligatoire est ensuite remboursée de la part complémentaire par l'assurance maladie complémentaire (OC).



Pour l'application de ce nouveau dispositif, la mesure s'articule en deux volets :

- Afin de sécuriser juridiquement le dispositif de tiers-payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS lorsqu'il sera réalisé par l'assurance maladie obligatoire, l'article prévoit d'abord que les caisses d'assurance maladie sont autorisées à pratiquer une dispense d'avance des frais pour la part complémentaire dans le cadre d'une délégation de gestion par les organismes complémentaires.
- L'article consacre également le principe du tiers-payant déjà prévu par la convention médicale pour la part des dépenses couvertes par l'assurance maladie obligatoire et le rend applicable pour la part des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires. Cette inscription dans la loi a pour objectif d'assurer une application dès 2015 de la pratique du tiers-payant pour les bénéficiaires de l'ACS pour lesquels le frein financier potentiel est plus prégnant. Dans un souci de cohérence avec les objectifs poursuivis par le parcours de soins et de simplification des procédures, il est proposé de conditionner le bénéfice du tiers payant au respect du parcours de soins par les bénéficiaires de l'ACS.

Parallèlement, le tiers-payant sera rendu opposable aux organismes complémentaires dans le cadre de la procédure de mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS prévue par la LFSS pour 2014 puisqu'il constituera un des critères d'éligibilité.

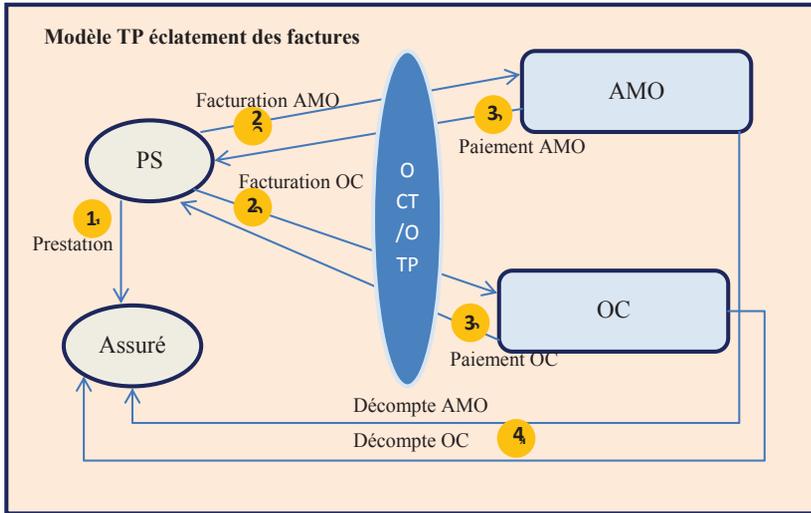
A titre transitoire et compte tenu des travaux techniques de développement des outils de tiers-payant, la dépense couverte pourra être limitée à la part de base et à la part couverte par les contrats complémentaires à hauteur uniquement des garanties minimales qui seront exigées dans le cadre de la mise en concurrence des contrats éligibles à un financement par l'ACS.

Un décret d'application définira la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie d'une part et celle applicable entre les organismes servant les prestations complémentaires et les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie d'autre part.

La solution technique du tiers-payant intégral coordonné par les caisses d'assurance maladie ne fera néanmoins pas obstacle à ce que les professionnels de santé optent pour une alternative technique (tels les pharmaciens qui pratiquent déjà très majoritairement le tiers-payant), permettant ainsi aux organismes complémentaires de conserver les supports de tiers-payant existants et d'en développer de nouveaux qui pourraient, le cas échéant, servir d'appui à la généralisation de ce dispositif à l'ensemble de la population.

b) Autres options possibles

Une autre option possible aurait pu consister à ne pas ouvrir la possibilité de tiers-payant coordonné par l'assurance maladie obligatoire et de laisser les professionnels de santé et les organismes complémentaires organiser la mise en œuvre du tiers-payant au profit des bénéficiaires de l'ACS de manière conventionnelle, à l'instar de ce qui est envisagé dans le cadre de la généralisation du tiers-payant à l'ensemble des assurés. Dans ce cadre, les modalités de pratique du tiers-payant pourraient se faire selon un schéma par éclatement des flux de facturation à partir du logiciel du professionnel de santé :



Dans cette hypothèse, le professionnel de santé envoie une facture vers l'assurance maladie obligatoire et une facture vers l'assurance maladie complémentaire. Chacune paie alors sa part au professionnel de santé. Les professionnels de santé peuvent également recourir à un prestataire (organisme concentrateur technique – OCT - ou organisme de tiers-payant - OTP) qui, après avoir reçu une facture unique du professionnel de santé, se charge d'adresser la facture « part base » à l'assurance maladie obligatoire et la facture « part complémentaire » à l'assurance maladie complémentaire. Cet organisme peut également offrir des services de rapprochement des factures et des différents remboursements. Un tel schéma ne permet toutefois pas de garantir une mise effective du tiers-payant pour tous les bénéficiaires de l'ACS dès 2015. Elle suppose en effet en amont un conventionnement des professionnels de santé avec l'ensemble des organismes complémentaires couvrant les bénéficiaires de l'ACS et le développement de flux informatiques et financiers peu compatibles avec des délais de mise en œuvre rapides.

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

La mesure nécessite une disposition législative modifiant le code de la sécurité sociale. Elle prend place dans la loi de financement notamment au titre de son impact sur les dépenses des régimes obligatoires de base (cf. infra), en application 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 161-36-2 et les L.863-7-1 du code de la sécurité sociale seront créés et l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale sera modifié.

Dans un souci d'harmonisation des rédactions entre les dispositions relatives au tiers-payant pour les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-c, l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale sera modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>mesure non applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mise en place du tiers-payant ACS a pour objectif de lutter contre le renoncement aux soins pour raisons financières et a donc pour effet d'augmenter le taux de recours aux soins des assurés déjà bénéficiaires du dispositif ACS. Elle renforce par ailleurs l'attractivité du dispositif pour la population concernée et, combinée à la réforme mise en place par l'article 56 de la LFSS pour 2014 qui instaure la sélection par mise en concurrence des contrats de complémentaire santé éligibles à ce dispositif, conduira à augmenter son taux de recours.

Sous l'hypothèse d'une amélioration du taux de recours à l'ACS d'un point en raison de la mise en œuvre du tiers-payant (soit 41% versus 40%), le coût pour l'assurance maladie obligatoire en année pleine serait compris entre 12M€ et 18M€. La mise en œuvre du tiers-payant en ville pour les bénéficiaires de l'ACS étant effective à compter du 1^{er} juillet 2015 dans le cadre de contrats sélectionnés à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue par la LFSS pour 2014 et la majorité des contrats de complémentaire santé de ces bénéficiaires arrivant à échéance en début d'année civile, le coût pour 2015 est estimé à 3M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			-3	-15	-15

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

L'instauration du tiers-payant sur la part complémentaire des dépenses de soins contribuera à l'attractivité de l'ACS et donc au développement de ce pan spécifique du marché des contrats de complémentaire santé.

b) impacts sociaux

La mesure favorisera l'accès aux soins des bénéficiaires de l'ACS grâce à la dispense d'avance de frais.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Dans la mesure où l'ACS bénéficie aux personnes les plus modestes (revenus inférieurs au seuil de pauvreté fixé à 977€ par mois en 2011) et que les femmes sont sur-représentées au sein de cette population (en 2012, parmi les bénéficiaires de l'ACS du régime général, la part des femmes s'élève à près de 57%), la mesure bénéficiera indirectement davantage à ces dernières et permettra tout particulièrement d'améliorer l'accès aux soins des femmes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure favorise l'accès aux soins des personnes bénéficiaires de l'ACS grâce à une dispense d'avance de frais intégrale.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Le développement du tiers-payant intégral (pour la part base et la part complémentaire) coordonné par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les bénéficiaires de l'ACS aura un impact sur la trésorerie de ces régimes puisqu'ils avanceront aux professionnels de santé la part complémentaire avant de se faire rembourser par les organismes complémentaires.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

L'impact du déploiement du tiers-payant sur la gestion et l'emploi des caisses a été pris en compte, à l'occasion de la signature de la nouvelle COG entre l'Etat et la CNAMTS.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret sera pris pour préciser les modalités de la mise en œuvre de la dispense d'avance de frais, afin de prévoir la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes servant les prestations complémentaires et les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie, d'autre part.

La publication du décret est prévue pour le 1er trimestre 2015.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mise en œuvre du tiers-payant pour les soins de ville pour les bénéficiaires de l'ACS sera effective à compter du 1^{er} juillet 2015.

En raison de contraintes techniques liées aux systèmes d'information de l'assurance maladie, la mise en œuvre du tiers-payant à hauteur des garanties réelles offertes par le contrat complémentaire de l'assuré est reportée au 1^{er} janvier 2016. Dans l'intervalle le tiers-payant s'appliquera à hauteur des garanties minimales exigées pour les contrats sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue par l'article 56 de la LFSS pour 2014.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires éligibles seront chargés d'informer les assurés bénéficiaires de l'ACS des modalités de bénéfice du tiers-payant.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi régulier de la montée en charge de la pratique du tiers-payant sera effectué par les caisses d'assurance maladie.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les organismes d'assurance maladie sont habilités, dans le cadre du tiers payant, à verser au professionnel ou à l'établissement de santé la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que, le cas échéant, lorsqu'ils ont reçu délégation de gestion, celle prise en charge par l'organisme servant les prestations d'assurance complémentaire de santé de l'assuré.
Article L.162-16-7 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.162-16-7 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.</p> <p>Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.</p> <p>La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.</p> <p>L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels</p>	<p>Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.</p> <p>Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.</p> <p>La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.</p> <p>L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels</p>

mentionnés au premier alinéa.	mentionnés au premier alinéa.
Article L.861-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.861-3 modifié du code de la sécurité sociale
(...) Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.	(...) Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L.861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.
	Article L.863-7-1 du code la sécurité sociale (nouveau)
	Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3. Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

ARTICLE 30 - Exonération de la participation de l'assuré sur l'honoraire de dispensation des pharmaciens afférent à une ordonnance complexe

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 2012 a prévu un nouveau mode de rémunération des pharmaciens : l'honoraire de dispensation.

La diversification de la rémunération des pharmaciens a pour objectif de favoriser un financement à l'acte et non plus uniquement sur la marge applicable à chaque boîte de médicaments, afin de rendre la rémunération moins dépendante du chiffre d'affaires du médicament remboursable.

La tarification de cet honoraire de dispensation des pharmaciens a été négociée par les partenaires conventionnels dans le cadre d'un avenant à la convention nationale pharmaceutique dont la mise en œuvre est fixée au 1^{er} janvier 2015.

Cet avenant à la convention définit deux types d'honoraires de dispensation pouvant être facturés cumulativement par les pharmaciens : l'honoraire de dispensation afférent au médicament remboursable (honoraire par conditionnement) et l'honoraire de dispensation afférent à une ordonnance.

L'honoraire de dispensation afférent à une ordonnance, qui se cumule avec l'honoraire par conditionnement, vise à rémunérer la mise en place d'un plan de posologie, en permettant d'octroyer aux pharmaciens une rémunération forfaitaire (0,51€ TTC par prescription) lorsque une ordonnance comporte au moins 5 lignes différentes de spécialités pharmaceutiques remboursables et facturées à l'assurance maladie.

La réforme de la structure de la rémunération des pharmaciens a été conçue de manière à ne pas créer une dépense supplémentaire à la charge du patient pour les cas ne donnant pas lieu à un honoraire de dispensation afférent à une ordonnance : ainsi, la part de la marge dégressive lissée intégrée au prix du médicament doit être réduite à due concurrence de la part de l'honoraire de dispensation par conditionnement.

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

Il est proposé d'exonérer la participation de l'assuré (ticket modérateur) applicable à l'honoraire de dispensation complémentaire afférent à une ordonnance complexe afin de maintenir une neutralité financière pour les assurés.

a) Mesure proposée

La mesure vise à exonérer du ticket modérateur l'honoraire complémentaire applicable en cas de dispensation donnant lieu à l'exécution d'une prescription comportant au moins cinq lignes différentes de spécialités pharmaceutiques remboursables et facturées à l'assurance maladie (la facturation de cet honoraire sera conditionnée à la proposition systématique par le pharmacien au patient d'un plan de posologie permettant à ce dernier de mieux appréhender la prise de son traitement.)

b) Autres options possibles

En l'absence d'une mesure d'exonération de la participation de l'assuré, l'honoraire de dispensation afférent à une ordonnance représenterait un coût supplémentaire pour l'assuré, non compensé par la baisse des marges intégrées au prix des médicaments, ce qui n'apparaît pas souhaitable.

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

La mesure nécessite une disposition législative modifiant le code de la sécurité sociale. Elle prend place dans la loi de financement au titre de son impact sur les dépenses des régimes d'assurance maladie (1^o et 2^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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure directement applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier de la mesure, évalué à partir d'un ticket modérateur moyen appliqué aux médicaments de 22%, aboutit à un coût estimé à 9,2 M€. Cependant, compte tenu de la nature de l'honoraire de dispensation complémentaire afférent à une ordonnance, il s'adressera plus particulièrement aux personnes relevant d'une affection de longue durée (ALD), dont le taux moyen de prise en charge du médicament est de 91%. Cela conduit à diminuer *de facto* le taux moyen de ticket modérateur qui aurait été appliqué à cet honoraire (15,5%) et à augmenter le taux de prise en charge par l'assurance maladie (84,5%). Ainsi l'exonération du ticket modérateur de l'honoraire de dispensation afférent à une ordonnance représentera un coût estimé à 6,5 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			-6,5 M€	-6,5 M€	-6,5 M€

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Même si elle concerne des montants unitaires limités, cette mesure permet de réduire les coûts supportés par les assurés. Elle est favorable au pouvoir d'achat.

b) impacts sociaux

La mesure permet toutes choses égales par ailleurs d'assurer la neutralité financière pour les assurés de la création des honoraires de dispensation des pharmaciens. Elle permet ainsi de ne pas renchérir le coût d'acquisition des médicaments.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans la mesure où les produits concernés concernent indifféremment l'ensemble des assurés.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure assure une neutralité financière pour les assurés sans ajouter de formalités particulières pour ces derniers.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure implique, pour les caisses d'assurance maladie, un ajustement de leur système d'information lié à la création même de l'honoraire de dispensation afférent à l'ordonnance.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'Etat précisera que l'exonération porte uniquement sur le ticket modérateur du futur honoraire de dispensation afférent à une ordonnance complexe, en excluant ainsi du champ l'honoraire de dispensation afférent au médicament (pour ce dernier le ticket modérateur s'appliquera en fonction du taux de participation déjà défini pour chaque médicament auquel il est lié).

La publication du décret devra intervenir avant le 1^{er} janvier 2015.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure sera d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés sociaux seront informés de l'application de cet honoraire et du taux de sa prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au dos de la prescription médicale *via* le « ticket Vitale ».

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'est pas prévu de mettre en place un suivi spécifique de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 322-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 322-3 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :</p> <p>[...]</p> <p>21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs.</p> <p>La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.</p> <p>Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.</p>	<p>La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :</p> <p>[...]</p> <p>21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs.</p> <p>22°) Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1.</p> <p>La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.</p> <p>Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.</p>

ARTICLE 31 - Transfert de l'indemnité de congé maternité au père ou au partenaire de la mère en cas de décès de la mère au cours du congé maternité

I. Présentation de la mesure

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

Pour les salariés du régime général et agricole, le code de la sécurité sociale prévoit qu'en cas de décès de la mère, l'indemnité de congé maternité est versée en priorité au père ou, si le père n'exerce pas son droit, à la personne liée à l'assurée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant maritalement avec elle. Or ce dispositif, parce qu'il ne permet pas de couvrir l'ensemble des cas de décès de la mère au cours du congé maternité, se révèle insatisfaisant au regard des situations individuelles rapportées par les caisses des régimes d'assurance maladie obligatoire.

En premier lieu, le dispositif est aujourd'hui défini de manière très restrictive. Il est en effet circonscrit aux situations dans lesquelles le décès de la mère est dû à l'accouchement. Ainsi, si l'assurée décède pendant son congé maternité pour une raison étrangère à l'accouchement (maladie, accident), le père ou le partenaire de la mère, pourtant confronté aux mêmes difficultés de prise en charge du nouveau-né, ne pourra pas bénéficier du transfert de l'indemnisation du congé postnatal, alors même que le code du travail ouvre bien au père ou à défaut, au partenaire de la mère, quelle que soit la cause du décès, le droit à ce congé.

Par ailleurs, le transfert de l'indemnité de congé maternité de la mère au père ou à son partenaire varie en fonction de leur régime d'assurance maladie. Ce dispositif n'existe en effet aujourd'hui que pour les assurés du régime général et du régime des salariés agricoles. Par conséquent, le dispositif ne s'applique que lorsque la mère relève de l'un de ces régimes, le père ou le partenaire de la mère devant par ailleurs être affilié, faute de coordination inter-régime, au même régime d'assurance maladie obligatoire que la mère. Les indemnités journalières dues au titre de ce congé ne peuvent pas, en outre, être versées au père ou au partenaire de la mère s'il ne remplit pas, en sa qualité d'assuré, les conditions d'ouverture de droit.

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

a) Mesure proposée

- **Un transfert du droit à indemnisation au père ou au partenaire de la mère en cas de décès de la mère au cours du congé de maternité**

Afin d'améliorer le dispositif, il est proposé d'instaurer un transfert du droit à l'indemnisation du congé maternité vers le père ou le partenaire de la mère en cas de décès de celle-ci à la seule condition que le décès soit intervenu au cours du congé de maternité. Le lien de causalité du décès avec l'accouchement est ainsi supprimé, assurant de ce fait une coordination des dispositions du code de la sécurité sociale avec celles déjà existantes dans le code du travail.

- **Un transfert possible au père ou au partenaire de la mère y compris s'il ne remplit pas les conditions d'ouverture de droit mais dès lors qu'il exerce une activité professionnelle**

Cette mesure s'appliquera, que le père ou le partenaire de la mère ait ou non rempli les conditions d'ouverture de droit dans leur régime et ce, dès lors qu'il exerce une activité professionnelle.

- **Une coordination inter-régimes**

Cette mesure s'appliquera non seulement aux assurés du régime général et du régime des salariés agricoles, aux assurés relevant du régime général en tant que praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, aux exploitants agricoles, aux affiliés du RSI et aux assurés des régimes spéciaux. La mesure étant étendue à l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire, un dispositif de coordination inter-régimes sera mis en place qui permettra, en cas de décès de la mère, de garantir un transfert effectif de l'indemnisation du congé maternité vers le père ou le partenaire de la mère, y compris si celui-ci relève d'un régime différent. S'appliqueront alors les modalités d'indemnisation du congé maternité propres au régime du père ou du partenaire (conditions de durée de versement de l'indemnisation au titre de la maternité et de calcul de celle-ci).

- **Une harmonisation du code du travail**

Ces mesures requièrent, pour harmonisation, une modification du code du travail.

b) Autres options possibles

Il aurait été possible de se limiter au premier volet de la mesure. Toutefois, le dispositif ne serait pas totalement satisfaisant si l'on veut garantir au nouveau-né un accompagnement par le père ou le partenaire de la mère dès les premiers jours de sa vie en cas de décès de sa mère.

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

Le transfert de l'indemnité de congé maternité au père ou au partenaire de la mère en cas de décès de la mère au cours du congé de maternité nécessite une disposition législative modifiant le code de la sécurité sociale. Elle prend place dans la loi de financement au titre de son impact sur les dépenses des régimes d'assurance maladie (cf. 1° et 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

Modification du code de la sécurité sociale : article L. 331-6, L. 613-19-3 (nouveau) et L. 722-8-4 (nouveau).

Modification du code rural et de la pêche maritime : article L.732-11, L. 732-12-2 (nouveau).

Modification des articles 34 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984, 57 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 et 41 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986.

Modification du code du travail : article L. 1225-28

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure non applicable

Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Entre 30 et 50 cas de transferts d'indemnités de congé maternité au père ou au partenaire de la mère en cas de décès de la mère au cours du congé de maternité sont constatés chaque année. La présente mesure, en étendant ce dispositif à tous les cas de décès de la mère durant le congé de maternité (indépendamment des causes du décès) et à tous les régimes d'assurance maladie obligatoire, y compris, grâce à une coordination inter-régimes, lorsque les deux parents ne relèvent pas du même régime, permettra d'en étendre le bénéfice à environ 85 cas supplémentaires chaque année soit, sous l'hypothèse d'une indemnité journalière moyenne en 2013 de 46,80 euros, un coût évalué en année pleine à 300 000 euros.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			-0,3 M€	-0,3 M€	-0,3 M€

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

En dépit de son montant globalement faible pour les régimes, cette mesure pourra avoir au niveau individuel un impact permettant de soulager financièrement les intéressés dans ces moments difficiles.

b) impacts sociaux

Mesure sociale permettant d'atténuer l'impact du décès de la mère sur l'accompagnement du nourrisson dans les premiers jours de sa vie.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure va dans le sens de l'égalité entre les femmes et les hommes puisqu'il s'agit de réaffirmer le rôle des deux parents dans la prise en charge du nourrisson.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Un formulaire de demande devra être mis en place afin de garantir la coordination entre les régimes.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Compte tenu du faible nombre de cas recensés chaque année et du versement au père ou au partenaire de la mère, par le propre régime de ce dernier, de l'indemnité de congé maternité selon les règles qu'il applique à ses assurées, les systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ne devraient évoluer qu'à la marge.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

L'impact sera minime compte tenu du faible nombre de cas. La mesure sera donc gérée dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret d'application est prévu pour préciser les modalités d'exercice de son droit par le père, en ce qui concerne les modalités de présentation de la demande. Des décrets d'application sont prévus également pour les articles L. 722-8-4 (nouveau) et L. 613-19-3 (nouveau) du code de la sécurité sociale, et L. 732-12-2 (nouveau) du code rural et de la pêche maritime s'agissant des conditions report de tout ou partie du congé.

- Pour les régimes spéciaux versant des indemnités journalières ou des équivalents :

Le dispositif modifié par la présente mesure existe dans le régime des Clercs et employés de notaires qui renvoie aux dispositions du régime général (article 38 du décret n°90-1215 du 20 décembre 1990 portant application de la loi du 12 juillet 1937). Ainsi, le nouveau dispositif s'appliquera immédiatement sans adaptation de texte.

Le dispositif modifié n'existe pas dans le régime des marins qui prévoit d'ailleurs à l'article 40 du décret du 17 juin 1938 que l'indemnité de repos ne peut être accordée qu'à la femme assurée elle-même. Il sera donc nécessaire de prévoir une modification de ce décret pour rendre applicable le nouveau dispositif.

- Pour les régimes spéciaux ne versant pas d'indemnités journalières :

Les salariés de la SNCF bénéficient d'un maintien de salaire en cas de congé maternité. Leur statut (article 8 du chapitre 12) prévoit un dispositif quasi analogue à celui qui doit être modifié. La mesure s'applique même déjà au père relevant du statut cheminot si la mère relève d'un autre régime. Le statut devra être modifié en conséquence pour leur permettre de bénéficier d'un dispositif analogue à celui du régime général. De la même manière, le statut des salariés de la RATP devra être modifié.

S'agissant des salariés des industries électriques et gazières, leur statut (article 46 du décret n°46-1541 du 22 juin 1946) ne prévoit pas de tel dispositif. Il faudra donc modifier ce décret simple pour le créer.

Enfin s'agissant des militaires, l'article R. 4138-5 du code de la défense prévoit déjà un dispositif analogue à celui existant au régime général ; un décret en Conseil d'Etat sera donc nécessaire pour le modifier.

En ce qui concerne les ouvriers de l'État, ces derniers sont régis par les dispositions du décret du 28 juin 1947 relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains ouvriers de l'Etat et du décret n°72-154 du 24 février 1972 relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'Etat mensualisés. **Le décret du 24 février 1972 devra donc être modifié.**

Les salariés de la Banque de France bénéficient déjà d'un dispositif équivalent à celui existant aujourd'hui au régime général, précisé au paragraphe 3.2.3.2. de la circulaire n° 2008-53 du 26 décembre 2008 de la Banque de France. Il sera donc nécessaire de l'adapter compte tenu des nouvelles modifications apportées.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure s'appliquera aux congés ou cessations d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2015.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information sera mise en ligne sur les sites des caisses d'assurance maladie.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'est pas prévu de mettre en place un suivi spécifique centralisé de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 331-6 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.331-6 modifié du code de la sécurité sociale
<p>L'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3 est accordée au père pour une durée de dix semaines au plus à compter du jour de la naissance et de vingt-deux semaines au plus en cas de naissances multiples, lorsque la mère est décédée du fait de l'accouchement et sous réserve que le père cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation.</p> <p>La période d'indemnisation est portée à dix-huit semaines lorsque, du fait de la ou des naissances, le père assume la charge de trois enfants au moins, dans les conditions déterminées à l'article L. 512-3.</p> <p>Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant ne perçoit pas l'indemnité, le bénéfice de celle-ci est accordé au conjoint salarié de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>	<p>L'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3 est accordée au père pour une durée de dix semaines au plus à compter du jour de la naissance et de vingt-deux semaines au plus en cas de naissances multiples, lorsque la mère est décédée du fait de l'accouchement et sous réserve que le père cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation. En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse tout travail salarié durant cette période et sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 313-1. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3.</p> <p>La période d'indemnisation est portée à dix-huit semaines lorsque, du fait de la ou des naissances, le père assume la charge de trois enfants au moins, dans les conditions déterminées à l'article L. 512-3.</p> <p>Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant ne perçoit pas l'indemnité, le bénéfice de celle-ci ne demande pas à bénéficier de l'indemnité, le droit à indemnisation est accordé au conjoint salarié salarié de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>

	<p align="center">Article L.613-19-3 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 613-8. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 613-19 et L. 613-19-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.</p> <p>Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>
	<p align="center">Article L.722-8-4 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et sans qu'il soit fait application du dernier alinéa de l'article L. 722-6. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L.722-8 et L. 722-8-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue à l'article L. 732-10 lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.</p> <p>Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte</p>

	civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.
Article L732-11 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L732-11 modifié du code rural et de la pêche maritime
Le bénéfice de l'allocation de remplacement prévue aux articles L. 732-10 et L. 732-10-1 est également accordé aux non-salariés agricoles mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 qui perçoivent leurs prestations du régime de leur activité salariée, au prorata de leur activité à temps partiel sur l'exploitation lorsqu'ils répondent à des conditions de durée maximale d'activité salariée précisées par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 732-13.	Le bénéfice de l'allocation de remplacement prévue aux articles L. 732-10 et L. 732-10-1 , L. 732-10-1 et L.732-12-2 est également accordé aux non-salariés agricoles mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 qui perçoivent leurs prestations du régime de leur activité salariée, au prorata de leur activité à temps partiel sur l'exploitation lorsqu'ils répondent à des conditions de durée maximale d'activité salariée précisées par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 732-13.
	Article L732-12-2 du code rural et de la pêche maritime (nouveau)
	<p>En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père, lorsqu'il appartient à l'une des catégories mentionnées aux 1°, 2°, 4° et 5° de l'article L. 722-10, bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 732-15. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'allocation prévue à l'article L. 732-10 sous réserve qu'il cesse toute activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole.</p> <p>Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle sous réserve qu'il appartienne aux catégories mentionnées au premier alinéa.</p>
Article 34 actuel de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984	Article 34 modifié de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984
Le fonctionnaire en activité a droit : (...) 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est	Le fonctionnaire en activité a droit : (...) 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé,

<p>augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 60 ;</p> <p>(...)</p>	<p>avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.</p> <p>Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p> <p>Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents au présent 5°, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 60 ;</p> <p>(...)</p>
<p align="center">Article 57 actuel de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984</p>	<p align="center">Article 57 modifié de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984</p>
<p>Le fonctionnaire en activité a droit : (...)</p> <p>5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale.</p>	<p>Le fonctionnaire en activité a droit : (...)</p> <p>5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.</p> <p>Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p> <p>Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est</p>

<p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p> <p>A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 54 ;</p>	<p>réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p> <p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p> <p>A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents au présent 5°, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 54 ;</p>
<p>Article 41 actuel de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986</p>	<p>Article 41 modifié de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986</p>
<p>Le fonctionnaire en activité a droit : (...)</p> <p>5° Au congé pour maternité ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale ;</p> <p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p> <p>A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le</p>	<p>Le fonctionnaire en activité a droit : (...)</p> <p>5° Au congé pour maternité ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.</p> <p>Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p> <p>Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. »</p> <p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p> <p>A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents au présent 5°, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le</p>

<p>demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 38 ;</p> <p>(...)</p>	<p>demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 38 ;</p> <p>(...)</p>
<p>Article L. 1225-28 du code du travail</p>	<p>Article L. 1225-28 modifié du code du travail</p>
<p>En cas de décès de la mère au cours du congé de maternité, le père peut suspendre son contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à compter du jour de la naissance de l'enfant.</p> <p>L'intéressé avertit son employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. Le père bénéficie alors de la protection contre le licenciement prévue aux articles L. 1225-4 et L. 1225-5.</p> <p>La suspension du contrat de travail peut être portée à dix-huit ou vingt-deux semaines dans les cas prévus à l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant n'exerce pas son droit, le bénéfice de celui-ci est accordé au conjoint salarié de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>	<p>En cas de décès du congé de maternité, de la mère au cours de la période d'indemnisation définie au premier alinéa de l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale, le père peut suspendre son contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à compter du jour de la naissance de l'enfant. au plus égale à la durée d'indemnisation restant à courir, définie au premier alinéa du même article, le cas échéant reportée en application des dispositions du deuxième alinéa du même article.</p> <p>L'intéressé avertit son employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. Le père bénéficie alors de la protection contre le licenciement prévue aux articles L. 1225-4 et L. 1225-5.</p> <p>La suspension du contrat de travail peut être portée à dix-huit ou vingt-deux semaines dans les cas prévus à l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Lorsque le père de l'enfant n'exerce pas son droit, le bénéfice de celui-ci est accordé au conjoint salarié de la mère ou à la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>

I. Présentation de la mesure

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

La Cour des comptes a fait le constat dans son dernier rapport public annuel de la complexité des circuits de financement des soins des détenus, recommandant leur simplification ainsi, à cette occasion, qu'une amélioration des relations entre les établissements pénitentiaires et les établissements de santé, par une meilleure connaissance des dépenses incombant à l'Etat.

En effet, une partie des frais de soins dispensés à l'hôpital est remboursée aux établissements de santé par les caisses d'assurance maladie auprès desquelles sont affiliées les personnes détenues, tandis que le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont acquittés par les établissements pénitentiaires. Or, faute de disposer de l'ensemble des informations nécessaires, ces derniers considèrent ne pas être en mesure de contrôler de manière satisfaisante ces factures, ce qui affecte les relations financières avec leurs hôpitaux de rattachement.

Pour ce qui concerne les soins de ville, l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a permis d'adapter les dispositions relatives à la prise en charge des soins dispensés aux personnes détenues, quasiment inchangées depuis la loi du 18 janvier 1994. Pour tenir compte de l'évolution des modes de détention, il a ainsi été prévu d'assurer l'accès aux soins de ville, avec dispense d'avance des frais, des personnes en aménagement de peine n'exerçant pas d'activité professionnelle. La loi prévoit le paiement de l'intégralité des frais de soins aux professionnels par la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié le détenu et le remboursement par l'Etat à cette dernière du ticket modérateur ; or ces modalités de remboursement au niveau local, conjuguées à l'existence de circuits financiers différents entre ces soins et les soins hospitaliers, n'ont pas permis la mise en œuvre effective du tiers payant en ville.

La coexistence de circuits financiers différents selon que les soins sont dispensés en établissement de santé ou en ville et selon la situation du détenu (hébergé en établissement pénitentiaire ou en aménagement de peine) rendait en effet l'évolution de ses systèmes d'information très lourde.

En effet, lorsque la personne est incarcérée, l'assurance maladie n'est redevable que de la part relative au tarif obligatoirement de base, l'administration pénitentiaire réglant directement le ticket modérateur. A l'inverse, lorsque la personne détenue n'est pas incarcérée, l'assurance maladie doit avancer l'intégralité des frais de soins. La mise en place du tiers payant en ville pour les personnes en aménagement de peine implique donc la connaissance immédiate de ce statut par l'assurance maladie afin que les soins de ville soient intégralement avancés par elle aux professionnels de santé. Or la CNAMTS n'a pas connaissance en temps réel de ces éléments relatifs au statut de l'assuré.

Par ailleurs, le remboursement au niveau local du ticket modérateur pour les soins de ville par l'Etat à la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la personne apparaît moins opérationnel qu'une facturation centralisée au niveau national entre l'administration pénitentiaire et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS).

Aussi, afin de permettre la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, la modification proposée vise à simplifier les circuits financiers utilisés pour la prise en charge des personnes détenues.

Cette simplification améliorera l'efficacité du système et le paiement du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier aux établissements de santé ; elle facilitera en outre la mise en œuvre du tiers payant en ville.

La liquidation et le contrôle de ces factures par les caisses, pour lesquelles ces tâches constituent le cœur de métier, sont de nature à alléger les opérations de contrôle effectuées par les établissements pénitentiaires.

Les démarches seront ainsi simplifiées tant pour les professionnels et établissements de santé que pour l'administration pénitentiaire et le paiement sera accéléré. Cette « sécurisation » du paiement pour les établissements de santé est d'autant plus importante qu'ils sont, depuis 2013, financés dans les conditions de droit commun et non plus exclusivement par les dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC).

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

a) Mesure proposée

Il est proposé d'unifier et de centraliser les flux de paiement du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier et leur remboursement par l'Etat. Les établissements de santé adresseraient leurs factures non plus aux établissements pénitentiaires mais aux caisses qui assureront une dispense d'avance des frais intégrale via un paiement à 100 % de ces dépenses. L'ensemble des sommes ainsi avancées par l'assurance maladie pour le compte de l'administration pénitentiaire (ticket modérateur en ville et à l'hôpital et forfait journalier hospitalier) sera ensuite centralisé par la CNAMTS pour émission d'une facture globalisée à l'administration pénitentiaire. Cette nouvelle procédure uniformisera

ainsi la prise en charge, quelle que soit la nature des soins dispensés (ville ou hôpital) et la situation du détenu (hébergé ou en aménagement de peine).

La simplification des circuits de facturation et de gestion des soins dispensés aux détenus permettra d'en améliorer l'efficacité et de dégager des économies en gestion tant pour les établissements de santé qui n'auront plus à émettre de facture à destination des établissements pénitentiaires, que pour ces derniers qui n'auront plus à affecter de personnels au contrôle, délicat en l'absence des outils et données nécessaires, de ces mêmes factures. Un tel travail sera confié à l'assurance maladie, qui après avoir effectué les contrôles adéquats, sera chargée de faire l'avance des frais. La centralisation des factures par l'assurance maladie permettra par ailleurs, notamment à l'administration pénitentiaire, de disposer d'une vision globale et exhaustive des dépenses de soins engagées pour les détenus et de la nature et de l'étendue des contrôles réalisés.

Il est également proposé de corriger une scorie de la réforme de la prise en charge des détenus en ville qui a conduit à tort à inclure, en plus du ticket modérateur, les franchises et participations forfaitaires dans le champ des dépenses dues par les détenus et prises en charge à ce titre par l'administration pénitentiaire.

b) Autres options possibles

Il pourrait être envisagé de laisser les textes en l'état et de définir, comme prévu initialement, les modalités de dispense d'avance de frais par décret.

Cependant, cette solution présenterait l'inconvénient de laisser entière la complexité des circuits de financement actuels. Or cette simplification est indispensable à une mise en œuvre rapide du tiers payant pour les soins de ville ainsi qu'à une amélioration de la liquidation des prestations facturées par les établissements de santé.

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

La mesure nécessite une disposition législative modifiant notamment le code de la sécurité sociale. Elle prend place dans la loi de financement notamment au titre de son impact sur les dépenses des régimes d'assurance maladie (cf. 1° et 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'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et du régime social des indépendants (RSI), les conseils de la CNAVTS, de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole (MSA) ainsi que la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et le conseil d'administration de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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, notamment avec la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales et ses stipulations relatives au droit des prisonniers à la santé.

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 381-30-1 et L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale seront modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts**1. Impact financier global**

La mesure générera une économie pour l'assurance maladie, conséquence de la minoration des crédits versés aux établissements au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). La centralisation de l'ensemble des dépenses par la CNAMTS permettra d'améliorer le recouvrement par les établissements de santé du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier liés à la prise en charge des détenus. Les difficultés de paiement rencontrées par les établissements de santé, estimées à 7 M€ en année pleine (sur la base d'une enquête réalisée par le ministère chargé de la santé) sont actuellement compensées dans le cadre de la dotation MIGAC. La mesure proposée permettra de minorer le montant des crédits MIGAC alloués à ces établissements, la compensation de ces difficultés de paiement n'ayant plus lieu d'être. Parallèlement, la simplification des circuits de remboursement permettra à l'administration pénitentiaire des économies de gestion.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régime général			+ 7	+ 7	+ 7

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes**a) impacts économiques**

In fine, cette mesure ne présente pas d'impact économique significatif pour les établissements de santé, l'administration pénitentiaire ou les détenus.

b) impacts sociaux

Cette mesure favorise la prise en charge et l'accès aux soins des personnes détenues, notamment celles qui bénéficient d'un aménagement de peine ou d'une permission de sortir. Elle est ainsi de nature à améliorer l'état de santé des personnes placées sous main de justice ainsi que leur réinsertion à l'issue de leur peine.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

Cette mesure favorise l'accès aux soins des personnes détenues, tant en ville qu'en établissement de santé avec une dispense d'avance de frais intégrale.

L'ensemble des professionnels de santé et établissements de santé adresseront leurs factures aux caisses d'assurance maladie, comme pour les autres assurés, sans qu'il y ait de procédure spécifique pour les personnes détenues.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La simplification des circuits de financement des dépenses de santé des détenus lèvera l'un des obstacles pratiques à l'application de la dispense d'avance de frais prévue pour les soins de ville dispensés aux détenus en aménagement de peine par l'article 64 de la LFSS 2013. Alors qu'en l'absence de simplification, les caisses auraient selon la situation du détenu (hébergé ou en aménagement de peine) et la nature des soins (ville ou hôpital) été amenées à faire l'avance des frais sur tout ou partie de la dépense, la présente mesure uniformise les modalités de tiers-payant. Dans tous les cas, les caisses pratiqueront une avance de frais intégrale (avant remboursement par l'administration pénitentiaire), ce qui évite d'avoir à renseigner et à actualiser les informations jusqu'alors nécessaires au choix du bon taux d'avance de frais, et permet une simplification de l'architecture des systèmes d'information des caisses.

La mise en place du tiers payant intégral simplifié nécessite néanmoins une adaptation des systèmes d'information de l'Assurance maladie afin notamment de mettre à disposition l'information relative à la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé.

En outre, un système de refacturation par l'assurance maladie à l'Etat du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, tant pour les soins délivrés en ville que pour ceux dispensés par les établissements de santé, devra être mis en place.

Le système d'information financier et comptable des hôpitaux devrait être adapté rapidement. En parallèle, la suppression de la facturation au cas par cas des tickets modérateurs et des forfaits journaliers dus par les détenus aux établissements pénitentiaires simplifiera les charges en gestion pour les établissements.

Pour la CNAMTS et l'administration pénitentiaire, un circuit financier et comptable spécifique, comparable à celui qui existe pour l'aide médicale de l'Etat (AME) ou le paiement de la cotisation par l'administration pénitentiaire pour chaque personne détenues devra être établi. Il pourrait être assez rapidement mis en place dans le cadre d'une convention financière.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants pour les caisses d'assurance maladie.

Elle permettra en outre un allègement des contrôles de facturation effectués par l'administration pénitentiaire. Les caisses d'assurance maladie disposent en effet grâce à leur système d'information des moyens de contrôle adaptés lors de la liquidation des prestations, tandis que la direction de l'administration pénitentiaire pourrait continuer d'exercer un contrôle de cohérence a posteriori.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation**a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.**

Un décret sera pris pour préciser les modalités financement telles que définies par l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mise en œuvre du tiers payant en ville sera effective d'ici à 2016.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) ainsi que les caisses d'assurance maladie seront chargés d'informer les assurés détenus de leurs droits et des modalités de bénéfice du tiers payant.

La circulaire de mise en œuvre des futures campagnes tarifaires précisera aux établissements de santé les évolutions des règles de financement des soins délivrés aux détenus.

d) Suivi de la mise en œuvre

Une convention entre la CNAMTS et l'Administration pénitentiaire définira des indicateurs de suivi des dépenses de ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier ainsi que les modalités et la fréquence de la transmission des données financières et statistiques.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 381-30-1 <i>actuel</i> du code de la sécurité sociale	Article L. 381-30-1 <i>modifié</i> du code de la sécurité sociale
<p>Les détenus affiliés en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p> <p>Ils sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les assurances maladie et maternité du régime général, et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en charge par l'Etat selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5.</p> <p>Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.</p>	<p>Les détenus affiliés en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p> <p>Ils sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les assurances maladie et maternité du régime général, et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en charge pour la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4 qui sont pris en charge par l'Etat selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5.</p> <p>Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.</p>
Article L. 381-30-5 <i>actuel</i> du code de la sécurité sociale	Article L. 381-30-5 <i>modifié</i> du code de la sécurité sociale
<p>I. - La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-16 lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux personnes détenues soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L.</p>	<p>I.- Les caisses d'assurance maladie assurent le paiement, d'une part, de l'intégralité des frais de soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30, pour la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie ainsi que pour la part correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations, et d'autre part, du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4.</p> <p>La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-16 lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux personnes détenues soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L.</p>

<p>6112-1 du même code, ces soins sont financés selon les modalités de droit commun.</p> <p>II.-L'Etat assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 dues par les personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4.</p> <p>Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établissements concernés.</p> <p>Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la personne détenue assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'Etat rembourse à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret</p>	<p>6112-1 du même code, ces soins sont financés selon les modalités de droit commun.</p> <p>II.-L'Etat assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 dues à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L.322-2 due par les personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4 et rembourse les montants correspondants à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des paiements effectués par les caisses d'assurance maladie en application des dispositions du premier alinéa du I.</p> <p>Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établissements concernés.</p> <p>Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la personne détenue assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'Etat rembourse à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret</p>
---	--

ARTICLE 33 - Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections sexuellement transmissibles (CIDDGI)

I. Présentation de la mesure

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

La prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles peuvent être actuellement réalisés par deux types de structures :

- Les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) qui sont habilitées par les ARS et financées par l'assurance maladie ;
- Les centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), qui, depuis la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004, sont gérés soit par les collectivités territoriales par convention avec l'Etat, soit par des structures habilitées par les ARS. Ils sont financés dans le cadre de la dotation générale de fonctionnement (DGF) quand ils sont gérés par les conseils généraux, ou dans le cadre du Programme annuel de performance 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », pour les structures habilitées par les ARS.

Le nombre de sites CDAG et/ou CIDDIST recensés en mai 2013 est de **368**. Comme le tableau ci-dessous l'indique, leur gestion est principalement hospitalière (237/368). Sur les 131 sites non hospitaliers, 100 dépendent directement d'un Conseil général (les autres relevant d'associations, mutuelles et autres catégories d'institutions privées). Selon le Ministère de l'Intérieur (DGCL), 32 Conseils généraux ont conservé en 2015 une délégation de compétence pour la gestion des centres de dépistage contre 48 départements en 2007. On observe qu'un nombre croissant de Conseils généraux renonce à cette compétence.

Tableau 1 : Etat des lieux du dispositif CDAG-CIDDIST en 2011 (audit ARS 2012)

Activité	Sites à Gestion hospitalière	Sites à Gestion non hospitalière (dont CG)	Total
CDAG seul	76	19	95
CIDDIST seul	17	7	24
CDAG et CIDDIST	144	105	249
TOTAL	237	131	368

Le financement actuel des CDAG et CIDDIST conjugue des crédits Assurance maladie (pour les CDAG) et des crédits d'Etat (pour les CIDDIST), pour un montant global estimé à environ **54 Millions d'euros**, ainsi répartis :

Tableau 2 : Coût du dispositif selon la structure et le gestionnaire

	CDAG Hospitalières	CDAG non hospitalières	CIDDIST gérés par un CG	CIDDIST gérés par l'Etat
Enveloppe	Assurance maladie Crédits MIGAC intégrés au FIR depuis 2012	Assurance maladie Crédits ONDAM Soins de ville	Etat Crédits Dotation globale de décentralisation –DGD Ou compensation par de la fiscalité transférée pour 2 départements (gestion DGCL)	Etat Crédits PAP 204 intégrés au FIR en 2012 (gestion DGS)
Montant estimé en M€ (année)	20,7 (2013)	17 (2008)	8,6 (2014)	7 (PLF 2009 dernière année de fléchage)
Source	DGOS	Estimation IGAS 2010 car chiffre inconnu	DGCL	DGS

Il en ressort qu'au plan juridique et financier, le dispositif actuel superpose des structures aux missions complémentaires et deux sources de financement. Or, la dichotomie entre les deux types de structures est devenue théorique : le recensement de ces structures établi par la DGS en 2012 révèle que leur grande majorité cumule le statut de CDAG et

de CIDDIST (68% des structures existantes qui réalisent 88% des consultations et emploient 86% des ETP médecins, 84% des ETP IDE, et 84% des ETP de secrétaires).

Comme l'explique le Conseil National du SIDA dans son avis d'octobre 2012, **cette multiplicité des configurations rend l'offre de prévention, de diagnostic et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST insuffisamment cohérente¹ et peu lisible² pour les usagers qui pourraient en manifester le besoin**. Pourtant, le dépistage, notamment le dépistage volontaire après une exposition au risque, est un enjeu primordial pour ces pathologies. En effet, en ce qui concerne le VIH/SIDA, entre 30 000³ et 50 000⁴ personnes sont non diagnostiquées et ignorent leur infection, ce qui représente plus de 20% de la population infectée par le VIH/SIDA. Ces personnes sont donc non seulement des porteurs du virus qui ne peuvent bénéficier d'une prise en charge rapide comme elle est conseillée par tous les acteurs de santé publique, mais ils sont aussi des vecteurs du virus : ne se sachant pas infectés, ils sont plus facilement amenés à s'exposer de nouveau à des situations à risque et à transmettre le virus à leurs partenaires. **Plus spécifiquement, les CDAG reçoivent certes un public plus vulnérable que les structures généralistes (médecin traitant), mais leur potentiel pour être plus visibles des personnes exposées à des risques ou éloignées de l'offre généraliste est encore grand**. Le manque de visibilité actuel, dû à la présence de deux structures, est donc l'un des obstacles à l'endiguement du VIH, des hépatites ou des IST.

Parallèlement, la permanence de deux structures différentes ne favorise pas un parcours des patients optimal. En effet, les deux structures traitent des pathologies différentes qui relèvent toutes de la santé sexuelle, dont la prévention doit être uniforme et le dépistage conjoint. En outre, le principe de l'anonymat qui prévaut dans les CDAG a été instauré pour encourager le dépistage volontaire et empêcher la stigmatisation des patients à l'heure où aucun traitement n'était efficace. L'anonymat doit évidemment être préservé, mais son caractère systématique empêche la continuité du parcours entre diagnostic et prise en charge ; ainsi, plus de 7% de l'ensemble des personnes diagnostiquées positives ne sont pas ensuite prises en charge dans le système de soins en France.⁵ Or, en termes de santé publique, le Conseil national du SIDA rappelle qu'il est indispensable que la prise en charge se fasse dans les délais les plus courts après l'infection dans un intérêt individuel, mais aussi là encore, collectif.

Au-delà, la fusion des dispositifs pourrait contribuer à une approche plus globale de la santé sexuelle fondée sur la prise en compte des enjeux extrêmement imbriqués de la sexualité et de la santé, telles que visent à la réaliser les « centres de santé sexuelle » (CSS), fondés sur une approche globale de la santé sexuelle promue notamment par l'OMS en 2002, intégrant par exemple des fonctions de planning familial. Si l'ensemble des structures issues de la fusion des CDAG et CIDDIST n'ont pas la vocation à devenir des CSS, certaines d'entre elles pourraient développer une offre de services plus complète en faveur d'une approche globale de la prévention et de la santé sexuelle.

En somme, la création d'une nouvelle structure à partir de la fusion des deux types de consultations existantes avec un financement unique par l'Assurance maladie mettrait fin à un problème double en répondant à deux objectifs :

- simplifier le régime juridique et financier de la structure et ainsi de faciliter son pilotage et son suivi ;
- accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage, notamment des personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de l'offre, et de mieux garantir la simplification et la continuité de son parcours.

L'intervention du législateur est rendue nécessaire par le fait que l'existence des CDAG et CIDDIST a un fondement législatif et que le transfert du financement des CIDDIST à l'assurance maladie procède de la loi.

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

La création d'une nouvelle structure à partir de la fusion de structures existantes n'a pas d'alternative car il s'agit avant tout de simplifier le fonctionnement du dispositif. Dans la mesure où l'Assurance maladie est déjà le financeur des CDAG, il apparaît légitime que le financement des nouvelles structures lui soit transféré d'autant qu'il s'agit d'activités médicales avec un remboursement sur la base du nombre de consultations et d'actes de biologie.

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise d'une part, à compter du 1^{er} janvier 2016, de créer une nouvelle structure dénommée centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit qui reprend les activités exercées aujourd'hui par les CDAG et les CIDDIST.

La nouvelle structure sera habilitée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Elle pourra être gérée par des collectivités territoriales dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'ARS. Elle aura pour mission d'effectuer gratuitement et anonymement, si la personne se présentant en consultation le souhaite, les activités suivantes :

¹ Cour des comptes, « La politique de lutte contre le VIH/SIDA », Rapport public annuel, 2010

² Inspection générale des affaires sociales, Evaluation de la mise en œuvre de recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Rapport établi par Danièle Jourdain-Menninger et Gilles Lecoq, août 2010.

³ Supervie V., Ndawinz J. et Costagliola D., « The hidden HIV epidemic: what do mathematical models tell us ? The case of France », Conférence de l'International AIDS Society, Washington, juillet 2012.

⁴ Affiche de l'INPES à l'occasion de la Journée Mondiale du SIDA en 2010.

⁵ Supervie V., Ndawinz J. et Costagliola D., « The hidden HIV epidemic: (...) », op.cit.

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des autres infections sexuellement transmissibles ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception.

Il est prévu que l'accueil du patient se fasse de manière anonyme ou non, selon sa volonté, exprimée au début de la consultation. Dans les deux cas, la garantie de la protection des données sera optimale et secrets médical et professionnel seront assurés.

Il est prévu deux échéances :

- une première fixée jusqu'au 30 avril 2015 pour que toutes les structures déjà existantes puissent déposer leur dossier de demande d'habilitation (après publication de la loi et des textes d'application nécessaires) ;

- une seconde qui courra jusqu'à 2 ans après publication de la loi pour permettre aux structures non en mesure d'exercer toutes les missions de se mettre en conformité dans ce délai, ce qui évitera toute rupture et désorganisation de l'offre actuelle de dépistage et de prise en charge des IST.

Pour l'année 2015, les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités en application de l'article L. 3121-1 du code de la santé publique seront prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues au I de l'article L 174-16 du code de la sécurité sociale. Les CIDDI relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention avec l'Etat conservent un financement Etat, via la dotation générale de fonctionnement (DGF).

A partir du 1^{er} janvier 2016, les dépenses des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputeront sur le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique et seront financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

b) Autres options possibles

Il n'y a pas d'alternative car il s'agit avant tout de simplifier le fonctionnement du dispositif actuel. Et dans la mesure où l'Assurance maladie est déjà le financeur des CDAG, il apparaît légitime que le financement des CIDDI lui soit transféré d'autant qu'il s'agit d'activités médicales avec un remboursement sur la base du nombre de consultations et d'actes de biologie.

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

La mesure rentre dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS car :

- A partir du 1^{er} janvier 2015, les dépenses des CIDDI habilités par les ARS s'imputent sur la partie Assurance maladie du fonds d'intervention régionale mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle. Les CIDDI relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention avec l'Etat conservent un financement Etat, à travers la dotation générale de fonctionnement.

- Et à partir du 1^{er} janvier 2016, les dépenses de la nouvelle structure s'imputent sur le même fonds d'intervention régionale sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

Sans objet

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 3121-1, L. 3121-2 du code de la santé publique et l'article L. 174-16 du code de la sécurité sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 3121-2-1 du code de la santé publique est abrogé.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure directement applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	mesure directement applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	mesure directement applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable, (sauf à Wallis et Futuna cf. Article L3821-10 du CSP)

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015 P	2016 P	2017 P
Assurance Maladie			-7	-12,6 à -10	-12,6 à -10

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

Le montant des crédits Etat consacré au financement actuel des CIDDIST habilités par les ARS et à ceux relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention avec l'Etat correspond à 15,6 M€, sachant que :

-le montant estimé de la fraction de DGF équivalent à l'activité CIDDIST (pour les départements où existe une convention Etat-Conseil général), est d'environ de 6,2 M€ et que 2 départements (06 et 75) n'en perçoivent pas mais ont bénéficié de transfert de fiscalité suffisant au moment de la décentralisation de 1982 pourtant couvrir le financement de cette activité ;

- et que le montant de l'enveloppe de crédits délégués aux ARS pour la rémunération des opérateurs habilités (pour les départements sans convention), est d'environ 7 M€.

En 2015, le transfert à l'assurance maladie des CIDDIST habilités par les ARS représente donc un surcoût de 7 M€ en année pleine. A compter de 2016, il est pris en compte l'intégralité de l'impact du transfert des CIDDIST qu'ils soient habilités ou conventionnés soit un montant de 15,6 M€, diminué du montant des économies attendues de la réforme. Celles-ci sont en effet estimées entre 3 à 5,6 M€.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La création de la nouvelle structure par fusion des structures CDAG-CIDDIST ne devrait pas avoir d'autres incidences sur l'emploi que celles constatées actuellement lorsqu'un département se désengage de la lutte contre les IST qui nécessite la reprise de l'activité par une autre structure.

Une période transitoire de 2 ans après publication de la loi est prévue pour permettre aux structures non en mesure d'exercer d'emblée toutes les missions dévolues à la nouvelle structure, de se mettre en conformité dans ce délai, ce qui évitera toute rupture et désorganisation de l'offre actuelle de dépistage et de prise en charge des IST.

b) impacts sociaux

La fusion des deux structures CDAG et CIDDIST aura deux impacts majeurs :

- **avec un seul type de structure partout sur le territoire, le dispositif sera lisible.** Toutes les personnes qui ne savent actuellement pas vers quelle structure se tourner après une exposition à risque n'auront plus affaire qu'à une seule structure. Celle-ci encouragera ainsi le dépistage volontaire et participera donc à réduire le nombre de porteurs du virus qui l'ignorent, dans leur intérêt propre et, par une moindre transmission, dans un intérêt collectif. Cette mesure s'inscrit pleinement dans le plan de lutte contre le VIH et les IST du ministère de la santé et dans la stratégie nationale de santé conduite par la ministre.

Par ailleurs, la fusion pourrait être l'occasion d'orienter davantage la nouvelle structure vers les personnes vulnérables (les plus exposés et/ou les plus éloignés de l'offre) : la question de l'accessibilité de la structure en direction de ces personnes, en termes de localisation et de plages horaires d'ouverture, devra se poser.

- **Elle garantira une meilleure prise en charge des personnes grâce à une plus grande continuité de leur parcours en santé sexuelle** : d'abord, la fusion sera l'occasion de désystématiser le principe de l'anonymat, tout en le garantissant pour ceux qui le souhaitent. Une fois dépisté, le patient sera plus facilement orienté vers une prise en charge adéquate, ce qui réduira le nombre de diagnostiqués (VIH par exemple) mais non traités.

Ensuite, la fusion permettra de promouvoir une approche plus globale de la santé sexuelle, en donnant à une seule structure toutes les missions actuellement exercées par les deux structures, afin que l'utilisateur dispose d'un ensemble complet de professionnels et d'outils à disposition lorsqu'il s'y rend, de l'information au traitement, en passant par la prévention et le dépistage. Fusionnées, certaines de ces nouvelles structures, sur la base du volontariat et d'expérimentations, pourraient même devenir des centres de santé sexuelle qui associent de façon plus large consultations généralistes et gynécologiques à leurs missions. Pour toutes les nouvelles structures, des partenariats avec les associations, notamment celles qui offrent des outils de dépistage innovants à destination de publics cibles plus exposés pourront être plus facilement créés.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure est sans impact en matière d'égalité entre les hommes et les femmes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Le parcours de dépistage sera facilité puisque l'utilisateur n'aura plus qu'une seule structure dans laquelle se rendre en cas de besoin, notamment après une exposition à risque. La fusion pourra être l'occasion pour les nouveaux centres de s'orienter particulièrement vers les publics vulnérables, ce qui pourra se traduire par l'élargissement des plages horaires d'ouverture et par l'organisation d'actions innovantes de dépistage en partenariat avec les associations locales.

L'anonymat pendant la consultation ne sera plus automatique, pour mieux garantir la poursuite de la prise en charge du patient, notamment en cas de diagnostic positif. Il restera possible sur demande de l'utilisateur. En revanche, le secret professionnel et médical de tout le personnel de la structure perdurera.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Les Agences régionales de santé gèreront les habilitations des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit et concluront avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Les collectivités territoriales, qui voudront continuer d'exercer des activités dans ces domaines, pourront gérer des nouvelles structures habilitées par les ARS dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'ARS.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Impact neutre dans la mesure où seulement 7 CIDDIST ne seraient pas identifiés par les caisses de sécurité sociale. En effet, la majorité des CIDDIST sont également des CDAG déjà connus et financés par les caisses.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

- Décret en CE : modification des articles R. 3121-43, R. 3121-44 et R. 5124-45 du code de la santé publique.
- Décret simple : modifications des articles D.3121-1 et suivants (CDAG) et D.3121-38 et suivants (CIDDIST) du code de la santé publique et modification des articles D.174-15 et suivants du code de la sécurité sociale.
- Arrêté déterminant le cahier des charges des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et les hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

Délai prévisionnel de publication : 1^{er} trimestre 2015

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Il est prévu deux échéances pour la mise en œuvre opérationnelle :

- une première fixée jusqu'au 30 avril 2015 pour que toutes les structures déjà existantes puissent déposer leur dossier de demande d'habilitation (après publication de la loi et des textes d'application nécessaires) ;
- une seconde qui courra jusqu'à 2 ans après publication de la loi pour permettre aux structures non en mesure d'exercer toutes les missions de se mettre en conformité dans ce délai, ce qui évitera toute rupture et désorganisation de l'offre actuelle de dépistage et de prise en charge des IST.

Par ailleurs, concernant le financement il est rappelé que :

- A partir du 1^{er} janvier 2015, les dépenses des CIDDIST habilités par les ARS s'imputeront sur la partie Assurance maladie du fonds d'intervention régionale mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle. Les CIDDIST relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention avec l'Etat conserveront leur financement Etat, via la dotation générale de fonctionnement (DGF).
- A partir du 1^{er} janvier 2016, les dépenses de la nouvelle structure s'imputeront sur le même fonds d'intervention régionale sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Au-delà des textes réglementaires, il est prévu une circulaire d'application pour les ARS. Il pourrait en outre être réalisé un document de l'INPES pour informer les usagers sur la nouvelle structure.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'existe pas actuellement de recueil informatique permettant l'analyse de l'activité CDAG. Pour les CIDDIST, une enquête utilisant le logiciel SOLEN a été mise en place en 2009 pour analyser leur activité. Aussi, dans le cadre du chantier de cette réforme, il sera mené également une réflexion sur la mise en place d'un système partagé de recueil de l'activité et à un système d'information commun.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p align="center">Article L. 3121-1 actuel du code de la santé publique</p>	<p align="center">Article L. 3121-1 modifié du code de la santé publique</p>
<p>La lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles relève de l'Etat.</p> <p>Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine.</p>	<p>La lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles relève de l'Etat.</p> <p><i>Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine.</i></p>
<p align="center">Article L. 3121-2 actuel du code de la santé publique</p>	<p align="center">Article L. 3121-2 modifié du code de la santé publique</p>
<p>Dans chaque département, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés. Le directeur général de l'agence informe le représentant de l'Etat dans le département de cette désignation.</p> <p>Ces consultations peuvent également être habilitées par le directeur général de l'agence régionale de santé à participer dans les mêmes conditions à la lutte contre d'autres maladies transmissibles, et notamment les hépatites virales.</p> <p>En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'Assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'Assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>I. – Dans chacun des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-16, le directeur général de l'agence régionale de santé habilite au moins un centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit qui assure :</p> <p>1° La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;</p> <p>2° La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;</p> <p>3° La prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception.</p> <p>II. – Le centre assure une prise en charge anonyme ou non selon le choix exprimé par l'utilisateur au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'utilisateur, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'utilisateur, sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.</p> <p>Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne sont pas soumises à l'anonymat.</p> <p>III. - La gestion des centres définis au présent article peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé.</p> <p>IV. - Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au I sont prises en charge par les fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au</p>

	<p>remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>
<p>Article L. 3121-2-1 actuel du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 3121-2 modifié du code de la santé publique</p>
<p>Les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1.</p> <p>En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>(Abrogé)</p>
<p>Article L. 174-16 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 174-16 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I. - Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.</p> <p>II. - Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont prises en charge par l'Assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.</p> <p>Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret.</p>	<p>Les dépenses des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>

ARTICLE 34 - Prise en charge des vaccins réalisés par les centres publics de vaccination

I. Présentation de la mesure

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

La loi du 13 août 2004 a recentralisé les compétences en matière d'actions de prévention. Cela inclut les compétences des conseils généraux en matière de vaccination et de lutte anti-tuberculeuse. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, la loi laisse cependant la possibilité aux conseils généraux de poursuivre ces activités, s'ils passent une convention avec les agences régionales de santé (ARS) qui représentent l'Etat.

L'Etat, à travers ces ARS, habilite des structures pour assurer cette compétence. C'est notamment le cas des centres publics de vaccination et des centres de lutte anti tuberculeux (CLAT). Ils sont financés de la façon suivante :

- lorsque le conseil général a abandonné sa compétence de prévention, l'Etat verse directement une subvention de fonctionnement via le programme 204 de la loi de finances ;
- lorsque le conseil général a décidé de poursuivre cette activité, une partie de la dotation globale de décentralisation (DGD) qui lui est accordée sert au financement de ces structures de vaccination. A ce jour, 49 Conseils généraux ont conservé cette compétence en passant une convention avec l'Etat.

A la différence de la médecine de ville, où les vaccins sont des spécialités admises au remboursement par l'assurance maladie à hauteur de 65 %, l'assurance maladie ne rembourse donc pas les vaccins effectués dans les structures départementales de vaccination, qu'elles soient recentralisées ou non. La CNAMTS considère que le remboursement aux centres de vaccination et aux CLAT des vaccins qu'ils réalisent ne relève pas de plein droit de l'assurance maladie dans la mesure où ce remboursement n'est pas précisé par la loi.

En effet, l'article L .3111-11 du code de la santé publique prévoit seulement que les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités que sont les centres de vaccination sont gratuites. S'agissant de la tuberculose, l'article L. 3112-3 prévoit également que la vaccination réalisée dans les centres antituberculeux (vaccin BCG) est gratuite. Un alinéa de cet article précise que « les dépenses afférentes au suivi médical et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions [prévues]. » Or le vaccin n'est pas délivré mais uniquement administré dans les CLAT. Ainsi, ces deux articles ne prévoient pas la prise en charge du coût des vaccins (contre la tuberculose et les autres) par l'assurance maladie.

La seule situation où le remboursement du prix des vaccins par l'assurance maladie est possible est celle où, localement, avant la recentralisation, des accords financiers entre les caisses primaires d'assurance maladie et les conseils généraux pour la prise en charge de vaccins pratiqués dans les centres départementaux de vaccination avaient été contractés.

Ce non-remboursement des vaccins par l'assurance maladie constitue un problème à plusieurs titres. D'abord, le financement actuel par l'Etat des actions de prévention en matière vaccinale est obsolète. Il repose sur la base de la DGD évaluée au moment de la décentralisation en 1983 et actualisée en 2005 selon les préconisations d'une mission commune IGA / IGAS / IGF. Or non seulement les recommandations vaccinales inscrites au calendrier vaccinal en vigueur en 1983 étaient beaucoup moins nombreuses qu'actuellement (les vaccins hexavalents et contre le pneumocoque pour les nourrissons n'existaient pas, ni le HPV pour les jeunes filles), mais le coût des nouveaux vaccins est en outre beaucoup plus élevé (vaccin contre le pneumocoque, le HPV). La DGD n'est a priori déjà plus suffisante pour garantir que tous les centres proposent effectivement tous les vaccins qu'ils sont censés proposer.

Cela constitue un frein à l'accès à ces actes de prévention primaire et concourt à des inégalités sociales et territoriales de santé, puisque les centres de vaccination ont entre autres pour mission de :

- privilégier les personnes qui accèdent difficilement aux structures de soins ;
- leur proposer les vaccinations selon les recommandations du calendrier vaccinal en cours.

Or, aujourd'hui, les taux de couverture vaccinale de la population générale ne sont pas suffisants pour garantir une protection vaccinale optimale. Une résurgence importante de la rougeole a été observée entre 2008 et 2012 avec plus de 23 000 cas déclarés en France (données issues de la déclaration obligatoire sous-estimant la situation réelle de l'épidémie). Au total, plus de 1000 cas ont présenté une pneumopathie grave, 31 une complication neurologique et 10 sont décédés. Cette épidémie a été la conséquence d'une insuffisance de la couverture vaccinale.

Par ailleurs, peu d'obstacles s'opposent à un changement du financement de la prise en charge des vaccins. Si la CNAMTS n'interprète pas la loi en vigueur en ce sens, elle serait plutôt favorable à une prise en charge par l'assurance maladie de ces vaccinations à hauteur de 65%. En effet, le maintien des structures telles que les centres de vaccination ou les CLAT permet :

- d'éviter le déport vers la ville du coût des vaccins fournis par ces centres ;

- de ne pas rembourser les consultations médicales qui seraient réalisées en ville pour l'administration de vaccins ;
- de réaliser des économies sur le remboursement des vaccins sur la base de tarifs négociés (marchés publics) et non de tarifs administrés pour la ville.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à permettre que le coût des vaccinations effectuées gratuitement par les centres de vaccination, au sein d'un site fixe comme avec une équipe mobile, et par les centres de lutte anti tuberculeux (vaccin BCG), soit également financé, pour les patients disposant d'une couverture sociale :

- pour 65% par l'assurance maladie (ONDAM) ;
- pour les 35% restant, par l'Etat directement ou par la DGD versée aux conseils généraux (selon que le conseil général a passé convention avec l'Etat ou non).

La mesure concerne les vaccins obligatoires et recommandés selon le calendrier vaccinal en vigueur publié chaque année par le ministre chargé de la santé (article L.3111-1 du code de la santé publique) administrés dans les centres de vaccination ainsi que le vaccin BCG administré dans les centres de lutte anti tuberculeux (CLAT). Par conséquent, les mêmes vaccins seront donc remboursés par l'assurance maladie et au même taux de 65%, qu'ils soient administrés dans les centres publics ou dans le secteur libéral.

Ce transfert de la prise en charge de 65% du vaccin de l'Etat (programme 204 ou DGD versée aux conseils généraux) vers l'assurance maladie ne concerne que les vaccins administrés aux assurés sociaux. Les vaccins des patients sans couverture sociale seront pris en charge en totalité par l'Etat, dans le cadre du programme 204 ou par la DGD.

La mesure est recommandée par le rapport d'information du Sénat du 13 février 2013 qui fait siennes les recommandations de la Cour des comptes dans son étude relative à la politique vaccinale en France, notamment la recommandation numéro 11 : « aligner les conditions de prise en charge par la sécurité sociale des vaccins pratiqués dans les centres de vaccination sur celles qui prévalent dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ».

b) Autres options possibles

Néant.

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

Les articles L.3111-11 et L.3112-3 du code de la santé publique (CSP) prévoient la gratuité pour les usagers des vaccins réalisés dans les centres de vaccination et les CLAT. L'article L.3112-3 précise les conditions de prise en charge du suivi médical et des médicaments dans les CLAT. Un support législatif est donc nécessaire pour préciser la prise en charge des vaccins et de la vaccination. Cet article trouve sa place en LFSS en raison des dépenses qu'elle génère pour l'assurance maladie en application 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres et non du droit dérivé mais correspond aux objectifs de réduction des inégalités en matière d'accès à la vaccination, que l'on retrouve dans les travaux du Conseil de l'Union européenne sur les vaccins comme outils de la santé publique (11661/14/SAN 281 Pharm 51 –septembre 2014) et dans le « plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020 » de l'OMS Europe (EUR/RC64/15).

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 n'est pas incompatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 3111-11 et L.3112-3 du code de la santé publique sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable, il existe des centres de vaccination.
Mayotte	Mesure directement applicable s'il venait à y avoir un centre de vaccination, sauf pour l'AME.
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure directement applicable s'il venait à y avoir un centre de vaccination
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable si centre de vaccination / assurés sociaux pouvant relever des autres centres antillais.
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	A priori sans objet pour Wallis et Futuna (système de santé Etat). Non applicable en Polynésie française et en Nouvelle Calédonie.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) (en écart annuel par rapport au tendanciel) Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2014 (rectificatif)	2015	2016	2017	2018
		-6	-6	-6	-6

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

La mission commune des inspections générales de l'administration, des affaires sociales et des finances effectuée en 2005, en préparation à la mise en place de la recentralisation des compétences de prévention sanitaire, a estimé que les

dépenses de l'Etat pour les actions de prévention liées à la vaccination correspondaient à 45 M€ (valeur actualisée en 2005) pour l'ensemble des départements.

Le coût des vaccins représentait 20% du montant des actions de prévention liées à la vaccination, c'est-à-dire 9 M€ en valeur actualisée de 2005. Le ratio de 20 % est conforté par l'analyse des rapports d'activité et de performance (RAP) des centres chargés des actions de prévention des maladies transmissibles au regard des remontées obtenues ces dernières années. Toutefois, ce taux doit être appréhendé avec prudence car ces rapports ne sont ni exhaustifs ni suffisamment fiables.

Pour l'année 2013 plus précisément, les montants de crédits de fonctionnement affectés aux centres de vaccination (compétences recentralisées gérées par les ARS et compétences non recentralisées gérées par les conseils généraux) s'élevaient à 48 M€.

En appliquant le ratio de 20 %, le montant des dépenses destinées au financement des vaccins s'élèverait à 9,68 M€. Sur cette-base-ci, la prise en charge de l'assurance maladie à hauteur de 65% équivaldrait à un montant de 6,27 M€. Or, les dépenses de l'année 2013 ont notamment été grevées par le coût des vaccinations contre la rougeole consécutives à l'épidémie 2008-2012.

Le chiffrage du coût brut de la mesure à 6 M€ est donc crédible.

Il constitue toutefois un majorant de l'impact financier de cette mesure :

Il ne tient pas compte de la part des personnes dont les vaccins ne seront pas à la charge de l'assurance maladie ;

Au regard des économies à moyen et à long terme que la mesure peut engendrer pour la branche maladie : l'amélioration de la couverture vaccinale entraînera des coûts directs inhérents aux maladies empêchées par l'administration du vaccin (consultations, examens complémentaires, traitements, hospitalisations, etc.) mais également des coûts indirects (arrêts de travail, congés pour garde d'enfants), particulièrement pour les maladies à fort pouvoir transmissible.

Le coût annuel de cette mesure ne prend également pas en compte les conventions ponctuelles contractées entre certaines caisses primaires d'assurance maladie et des centres de vaccination ou des CLAT. Ces conventions permettent la prise en charge de la quote-part de 65% du coût des vaccins. Par conséquent, une fois cette part déjà remboursée par l'assurance maladie actuellement déduite, le chiffrage pourrait être revu à la baisse.

Enfin, l'assiette du taux de remboursement est susceptible d'être inférieure à ce que serait l'assiette pour les mêmes vaccins administrés en ville (hors le coût des consultations, bien évidemment évité à l'assurance maladie lorsque les personnes passent par un centre de vaccination ou un CLAT). Les vaccins sont en effet achetés par les centres, qui peuvent négocier le prix unitaire en achetant un volume important. Le coût serait d'autant plus amené à diminuer que les achats des différentes structures pourraient être regroupés afin d'obtenir de meilleurs prix.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) Impacts économiques

La population s'orientant vers le parcours de prévention en centres est le plus souvent une population fragile, précaire qui échappe au parcours de la médecine de ville. Les impacts sectoriels devraient donc être négligeables.

b) Impacts sociaux

Cette mesure revêt un enjeu fort de santé publique puisqu'elle permet de maintenir une activité élevée des centres de vaccination, notamment en direction des populations les plus éloignées du système de santé. En effet, en ôtant une partie du coût des vaccins aux centres, ceux-ci pourront proposer tous les vaccins qu'ils sont censés proposer, ce que leur dotation ne leur permet plus actuellement. Ils pourront également affecter leur dotation à une meilleure couverture des personnes éloignées de l'offre de vaccination généraliste. La mesure est donc essentielle pour contribuer à l'augmentation de la couverture vaccinale et de la protection collective de la population, notamment contre certaines maladies infectieuses comme la rougeole ou la tuberculose.

c) Impacts sur l'environnement

Cette mesure n'a pas d'impact sur l'environnement.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure ne présente pas d'impact direct sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Toutefois, elle est de nature à favoriser la vaccination des femmes contre les papillomavirus, responsables des cancers du col de l'utérus.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Les consultations et les vaccins administrés dans les centres de vaccination ou les centre de lutte anti tuberculeux resteront gratuits pour tous les usagers, assurés sociaux ou non. C'est uniquement le mode de financement de ces vaccins qui est modifié.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La facturation et les échanges entre les CLAT, les centres de vaccination et les CPAM seront dématérialisés. L'année 2015 permettra de paramétrer les systèmes d'information des CLAT et des centres de vaccination en conséquence, sauf dans les départements dans lesquels un accord de prise en charge entre les CPAM et les centres existe déjà.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure s'accompagnant d'une dématérialisation et d'une facturation globale par les centres, elle ne représente pas une charge particulière, une fois les circuits de remboursement des vaccins mis en place. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

d) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Néant (ou une circulaire de l'assurance maladie aux caisses).

e) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Ces dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2016.

f) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

g) Suivi de la mise en œuvre

La couverture vaccinale est suivie par l'INVS ; l'activité des centres de vaccination fait l'objet d'un rapport annuel de performance prévu dans le code de la santé publique et/ou dans les conventions centres de vaccination /ARS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L 3111-11 <i>actuel</i> du code de la santé publique	Article L 3111-11 <i>modifié</i> du code de la santé publique
<p>Les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités dans des conditions définies par décret sont gratuites.</p> <p>Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine. Les vaccinations réalisées en application de cette convention sont gratuites.</p>	<p>Les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités dans des conditions définies par décret sont gratuites.</p> <p>Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine. Les vaccinations réalisées en application de cette convention sont gratuites.</p> <p>Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat, dans les conditions fixées par le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l'article L 182-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L 3112-3 <i>actuel</i> du code de la santé publique</p>	<p>Article L 3112-3 <i>modifié</i> du code de la santé publique</p>
<p>(...)</p> <p>Les dépenses afférentes au suivi médical et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par l'article L. 111-2 et le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>(...)</p> <p>Les dépenses afférentes au suivi médical, au vaccin et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par l'article L. 111-2 et le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale.</p>

I. Présentation de la mesure

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

La démocratie sanitaire est l'un des piliers de la stratégie nationale de santé. A ce titre, il est important de garantir un financement pérenne et indépendant des associations qui représentent les droits des usagers du système de santé.

Actuellement, les crédits alloués à la démocratie sanitaire correspondent à :

- un financement du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) (partagé entre, d'une part, une subvention de 112k€ de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur le fonds national de gestion administrative pour la formation des conseillers désignés par les associations qui siègent dans les conseils des organismes relevant du régime général, et d'autre part, une subvention de l'Etat de 1.76 M€ sur le programme 204) ;
- une participation de la CNAMTS à hauteur de 5M€ au fonds d'intervention régional (FIR), correspondant à la recette supplémentaire générée par l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux créé par l'article 28 de la LFSS pour 2013.

L'assurance maladie ne peut donc financer les associations nationales œuvrant en faveur de la défense des droits des usagers du système de soins

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

a) Mesure proposée

L'objet de la mesure est de confier à la CNAMTS le soin de participer au financement des associations nationales menant des actions en faveur des droits des usagers du système de santé. Les crédits versés à ce titre seront constitués par une partie des montants actuellement affectés au FIR.

Ce financement sera suivi dans le cadre du 7^{ème} sous-objectif de l'ONDAM.

b) Autres options possibles

Le financement des associations nationales ne peut, par construction, transiter par le fonds d'intervention régional qui aujourd'hui permet le financement des associations locales participant à la démocratie sanitaire. Un dispositif *ad hoc* est donc nécessaire.

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

La mesure a sa place dans la partie de la LFSS relative aux dépenses pour l'année à venir au regard de son impact en dépenses pour la branche maladie du régime général, *via* la mise à la charge de la CNAMTS d'une nouvelle dépense (1° du C du V. de l'art L.O.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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

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

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 chapitre 4 du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L 1114-5.

Ajout d'un 10° à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

Département d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Sans objet</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Sans objet</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Sans objet</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Sans objet</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Sans objet</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure entraîne une dépense nouvelle pour l'assurance maladie à hauteur de 2,3M€, correspondant à une affectation directe par la CNAMTS des crédits jusqu'ici attribués au FIR.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Les associations agréées menant des actions en faveur des droits des usagers du système de santé intervenant au niveau national bénéficieront de financements supplémentaires.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

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

a) impact sur les assurés et redevables

Néant.

b) impact sur la charge administrative (formalités...)

Néant.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Un suivi comptable spécifique des crédits concernés sera assuré par la CNAMTS

d) impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget déterminera la liste des associations bénéficiaires et le montant des crédits qui seront alloués à chacune d'elles.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Application à partir du 1^{er} janvier 2015.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette dépense sera intégrée dans le périmètre du 7ème sous-objectif de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p align="center">Article L. 1114-5 (nouveau) du code de la santé publique</p>
	<p>Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu à l'article L. 1114-1, et des organismes concourant à la promotion des droits des usagers du système de santé peuvent bénéficier de financements de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés.</p> <p>Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent chaque année, par arrêté, la liste des associations et organismes bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article.</p>
<p align="center">Article L. 221-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 221-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :</p> <p>1°) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;</p> <p>(...)</p> <p>9°) D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4.</p> <p>La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.</p>	<p>La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :</p> <p>1°) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;</p> <p>(...)</p> <p>9°) D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4.</p> <p>La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.</p> <p>10°) De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique.</p>

ARTICLE 36 - Incitation à l'amélioration de la qualité et contrat d'amélioration des pratiques

I. Présentation de la mesure

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

Le modèle de paiement prospectif français est basé sur une hiérarchie des coûts observés. Les tarifs permettent aux établissements d'assurer une prise en charge en l'état de l'art médical, notamment grâce à la mise à jour régulière de la classification et des études de coûts. Cependant, le niveau de qualité atteint par les établissements de santé n'est pas homogène, en témoignant les disparités constatées dans les indicateurs qualité aujourd'hui collectés.

Les leviers à la main des pouvoirs publics pour permettre une amélioration et une homogénéisation du niveau de qualité atteint sont en partie inadaptés : la certification des établissements a pour objectif « l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients ». Pourtant, la Cour des comptes dans son rapport annuel de 2012 note que les résultats de la procédure de certification n'ont pas de conséquences juridiques ou financières pour les établissements.

Des expériences étrangères montrent qu'il est envisageable d'intégrer dans le niveau de rémunération des établissements des incitations permettant de faire progresser plus rapidement le niveau de qualité et sécurité des soins hospitaliers. En France, le thème de la rémunération à la performance a été essentiellement abordé dans le domaine ambulatoire à travers la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) et seulement de manière expérimentale sur un échantillon d'établissements de santé.

Afin d'inciter à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, la mesure proposée comprend deux volets :

- Elle vise d'abord à créer une incitation financière positive pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

Le développement d'indicateurs qualité et leur publication désormais obligatoire ont permis la mise en place d'une expérimentation portant sur une incitation à l'amélioration de la qualité des soins des établissements de santé financés sous T2A (hors HAD et dialyse). Cette expérimentation, définie dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Haute Autorité de santé (HAS) associant les fédérations hospitalières, repose sur un modèle de rémunération supplémentaire, sous forme de crédits d'aide à la contractualisation, qui sera versée en fin 2014 aux établissements expérimentateurs les plus performants. Le montant du financement pour chaque établissement est déterminé en fonction d'un score prenant en compte l'atteinte des objectifs nationaux par indicateur, de l'amélioration de leurs résultats (mesurée sur deux années) et de leur taille appréciée à partir des recettes assurance maladie pour les séjours d'hospitalisation en MCO. Ce score est construit à partir des indicateurs de qualité et de sécurité des soins généralisés par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, et de la procédure de certification des établissements de santé.

Une montée en charge progressive de ce mode de financement, avec le passage de 200 à 500 du nombre d'établissements participants, est prévue en 2015 pour une généralisation en 2016. L'année 2015 et les suivantes seront par ailleurs consacrées au développement, sous pilotage DGOS/HAS, d'indicateurs de qualité afin d'élargir le champ de ce nouveau mode de financement à d'autres dimensions de la qualité. Une évolution législative encadrant cette montée en charge et créant un vecteur de financement pérenne spécifique pour la performance sur un score composite d'amélioration de la sécurité et de la qualité paraît opportune. En l'attente de la généralisation, seuls les établissements volontaires et retenus par le ministre en charge de la santé seront éligibles à un financement en 2015.

S'agissant de la mise en œuvre de contrats d'amélioration des pratiques en établissements de santé, les différentes enquêtes nationales (l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins, ENEIS-2009) et l'enquête nationale de prévalence de 2012 conduisent à identifier trois risques majeurs dans la prise en charge des patients :

- le risque médicamenteux ;
- le risque infectieux ;
- le risque de ruptures de parcours (manque de coordination, identito-vigilance, ...).

A ce titre, un événement indésirable grave (EIG) se déroule tous les 5 jours dans un service de 30 lits et une infection sur 4 est importée d'un autre établissement.

Des études américaines évaluent le coût moyen de prise en charge hospitalière d'un EIG médicamenteux à 3,24 \$. Une étude du *New England Journal of Medicine* évalue à 39 % les erreurs médicamenteuses graves liées à la prescription et à 38 % celles liées à l'administration (rapport IGAS : le circuit du médicament à l'hôpital-mai 2011). De ces données, on peut extrapoler le surcoût d'un EIG médicamenteux en France entre 5 000 et 10 000 euros.

S'agissant du risque infectieux, une étude¹ Irdes de 2011 évalue le surcoût :

- d'une septicémie à 20838 euros (8368 séjours avec septicémie identifiés dans le PMSI 2007)
- d'une infection sans complication septicémique à 10950 euros (4274 séjours en 2007).

S'agissant du coût d'une hospitalisation, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation varie de 1 000 à 2 300 euros selon le service d'accueil (médecine, chirurgie ou réanimation).

- Le second volet de la mesure consiste en la mise en place d'un contrat d'amélioration des pratiques entre les établissements et l'ARS, qui sera annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement, et qui portera sur les principaux risques identifiés.

Ce dispositif sera décliné en 3 temps :

- ciblage des établissements ayant un taux de risque élevé et contractualisation avec ces derniers ;
- suivi des objectifs quantitatifs inscrits dans le plan d'actions et des mesures correctrices ;
- mise en place de sanctions en cas de non atteinte des objectifs quantitatifs de réduction des risques.

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

a) Incitation financière à l'amélioration de la qualité des soins

- **Mesure proposée**

La mesure proposée consiste à créer un financement spécifique pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dont pourront bénéficier les établissements de santé exerçant les activités de médecine, chirurgie et obstétrique mentionnées au 1° de l'article L. 162-22.

Un décret en Conseil d'Etat viendra préciser les critères servant à la détermination du montant de la dotation ainsi que les critères d'éligibilité des établissements. Ceux-ci prendront en compte notamment le niveau de certification de l'établissement ainsi que l'existence d'un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.

Un arrêté précisera enfin les indicateurs (ces derniers pouvant être modulables en fonction des années) et les modalités de calcul du score servant à la détermination de la dotation complémentaire ainsi que le seuil minimal du score à atteindre pour pouvoir prétendre à cette dotation.

Au titre de l'année 2015, une phase de montée en charge est instaurée à la suite de l'appel à candidatures lancé auprès des établissements dans le cadre du programme portant sur l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

Seuls les établissements volontaires à l'appel à candidature seront éligibles à une rémunération qui sera, pour l'année 2015, versée en crédits d'aide à la contractualisation (dotation définie à l'article L.162-22-13 CSS). La liste des établissements éligibles sera fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Ainsi, en 2015, le champ des établissements éligibles ainsi que le vecteur de financement seront dérogatoire à la cible prévue pour 2016 (généralisation avec paiement sous la forme d'une dotation complémentaire).

- **Autres options possibles**

L'autre option possible aurait consisté à faire reposer le modèle, soit uniquement sur un système de sanction financière, soit uniquement sur un système d'incitation. Dans un rapport de 2012, le Sénat a émis toutefois un avis défavorable à la mise en place d'une incitation purement positive au motif que, dans le cadre d'une enveloppe de dépenses fermée, l'attribution de ce bonus conduit *de facto* à un impact négatif sur les tarifs (moindre augmentation voire baisse).

Ainsi, le modèle proposé a l'avantage de cumuler deux approches avec une incitation financière positive à l'amélioration de la qualité et une disposition plus globale de contractualisation reposant sur des indicateurs portant sur la qualité et de la sécurité, conduisant à un système de sanction et répond ainsi à la critique formulée par le Sénat en 2012.

b) La mise en œuvre de contrats d'amélioration des pratiques en établissements de santé

- **Mesure proposée**

- Ciblage des établissements éligibles au dispositif

¹ Surcoût des événements indésirables associés à soins à l'hôpital : premières estimations à partir de 9 indicateurs de sécurité des patients. Clément Nestrige, Zeynep Or, Questions d'économie de la Santé 2011n°171

Seuls les établissements de santé financés sous T2A sont concernés par le dispositif de contractualisation.

Celui-ci ne s'appliquera par ailleurs que pour les établissements dont les indicateurs sont non conformes aux référentiels nationaux de qualité et sécurité des soins.

Ce dispositif portera ainsi sur les principaux risques identifiés lors des prises en charge hospitalières. Il permettra aux ARS de cibler les établissements ayant un taux de risque élevé, notamment les risques infectieux, médicamenteux et de ruptures de parcours, et de contractualiser avec ces derniers.

L'identification des établissements à risque fort s'appuiera sur certains indicateurs déjà disponibles et d'autres à développer. Pour le risque infectieux, les indicateurs du tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales (TBIN) seront mobilisés ; sur le risque de ruptures de parcours, le taux de ré-hospitalisations est un bon marqueur de qualité des prises en charge (cet indicateur sera développé en lien avec l'ATIH).

Concernant le risque médicamenteux, le contrat de bon usage permet d'ores et déjà de cibler les établissements éventuellement défaillants (le CBU permettant déjà d'appliquer des pénalités ce risque ne sera pas doublement sanctionné, l'un ou l'autre devant s'appliquer).

- Phase de contractualisation et de suivi

Ce contrat portera sur l'amélioration des pratiques pour minimiser les risques identifiés et sera le support d'un plan d'actions (mesures correctrices), auquel seront associés des objectifs quantifiés.

- Phase de sanctions éventuelles

Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels ou de non atteinte des objectifs du contrat, l'Agence régionale de santé peut, après que l'établissement ait pu présenter ses observations, appliquer des sanctions à l'établissement.

Ces sanctions correspondront à une pénalité financière, proportionnée à la gravité du manquement constaté et ne pouvant excéder, au cours d'une même année, 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

- **Autres options possibles**

Une option alternative aurait consisté à fonder les sanctions sur une diminution de certains tarifs ou actes. Cette option était techniquement trop complexe à construire et à mettre en place.

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

Ces mesures ont un impact financier sur les dépenses de l'année et des années ultérieures, ce qui justifie leur place en LFSS en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. En effet, concernant l'incitation financière à l'amélioration de la qualité des soins, le coût aura un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base et ce, dès 2015.

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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. D'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Après l'article L.162-22-19 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-20.
Après l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-30-3.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition n'est abrogée.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>mesure non applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les impacts financiers de la mesure sont de trois ordres :

- un coût direct, résultant des financements complémentaires incitatifs à la qualité versés aux établissements en fonction de leur atteinte des objectifs ;
- une économie directe, résultant des pénalités financières qui seraient appliquées aux établissements ne respectant pas leurs objectifs ;
- une économie indirecte, résultant de la réduction des événements indésirables qu'entraîne une moindre qualité. L'évaluation a priori de cette économie est très fortement tributaire d'hypothèses sur le comportement des établissements, et sur l'impact économique de la réduction du nombre d'événements indésirables, qui dépend lui-même en partie de l'adaptation de l'offre de soins. Pour ces raisons, cette économie n'est pas retracée même si elle a vocation à infléchir le tendancier des dépenses d'assurance maladie¹.

Pour les années 2015 et 2016, l'impact financier direct ne résultera que du volet incitatif. En effet, le volet relatif aux pénalités ne permettrait de générer des économies qu'à partir de 2017 (délai nécessaire avant la mise en œuvre de premières sanctions issues des contrats qui seront signés en 2015, suivis en 2016 et donc susceptibles de donner lieu à sanction qu'en 2017).

Le chiffrage proposé correspond donc uniquement à une extrapolation du modèle d'incitation expérimenté actuellement, proportionnelle au nombre d'établissements concernés, sans tenir compte des économies générées par les sanctions en cas de non-respect des objectifs des contrats.

¹ Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital ; Clément Nestrignes, Zeynep Or, IRDES, Questions d'économie de la santé, N°171.

S'agissant du volet contractuel, si l'on s'oriente prioritairement sur les risques médicamenteux, infectieux et de ruptures de parcours, nous disposons actuellement des éléments chiffrés suivants :

- environ 10% des établissements MCO présentent un risque infectieux selon le TBIN (soit 130 établissements) ;
- environ 10% des établissements MCO sont identifiés comme à risque selon le CBU (soit 100 établissements) ;
- s'agissant des ruptures de parcours, nous ne disposons pas à ce jour de l'indicateur marqueur (taux de réhospitalisations en cours de construction).

Compte tenu de ces éléments, une estimation d'impact pourrait être de l'ordre de 100 K€ en moyenne pour les 100 établissements les plus défaillants, soit une économie de 10M€, à laquelle viendront s'ajouter les économies, non chiffrables à ce jour, réalisées sur le coût de la non qualité.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Branche maladie		-14M€	-34M€	-60M€	- 50M€ (intégrant l'économie engendrée par la mise en œuvre des contrats d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins)

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

L'incitation financière sera dépendante notamment des recettes assurance maladie pour les séjours d'hospitalisation en MCO. L'impact économique positif de la mesure sur les établissements de santé sera dépendant du niveau de fixation des coefficients pour le calcul de la prime.

b) impacts sociaux

La mesure est sans impact social.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure est sans impact sur les assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Afin de limiter la charge administrative, la mesure incitative ne prévoit pas de recueil spécifique et se fonde sur les résultats des indicateurs qualité et de sécurité des soins et de la visite de certification déjà disponibles.

Par ailleurs, le nouveau contrat créé s'insère dans un dispositif contractuel existant, limitant ainsi toute charge supplémentaire pour les ARS.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

- Incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

Un décret en conseil d'Etat devra être publié et deux arrêtés des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale devront être pris :

- l'un fixant la liste des établissements éligibles au titre de 2015 et des critères de compensation pour l'année 2015 (et donc au titre de la montée en charge progressive du dispositif). Il devra être pris avant le 1er mars 2015 ;
- l'autre, annuel, fixant la liste des indicateurs retenus et la valeur des coefficients servant au calcul de la dotation complémentaire.

- Contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé :

Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités d'application du dispositif, notamment la procédure applicable, les critères sur la base desquels l'agence régionale de santé peut se fonder pour proposer la signature d'un contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées aux troisième et quatrième alinéas.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixera les taux au-delà desquels les indicateurs sont réputés non conformes aux référentiels nationaux de qualité et sécurité des soins.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

- Incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

Cette mesure est d'application immédiate, sous réserve de la publication des décrets. Cependant une phase transitoire, prévue dans la loi, limitera son application à un nombre restreint d'établissements pour l'année 2015.

- Contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé:

Cette mesure est d'application immédiate sous réserve de la publication du décret et de l'arrêté.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un plan de contrôle de la qualité du recueil renforcé des établissements rémunérés par la dotation complémentaire créée par cette mesure sera mis en œuvre dans le cadre de l'orientation nationale de contrôle coordonnée par le ministère de la santé et la HAS.

L'évaluation de l'impact de la mesure pourra être réalisée à l'issue de la première année de mise en œuvre. En effet, il sera possible de comparer l'évolution des résultats obtenus sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins pris en compte entre les établissements de santé ayant participé à l'expérimentation IFAQ et les établissements non participants.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 162-22-20 nouveau du code de la sécurité sociale
	<p>Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mesurés sous la forme d'un score calculé chaque année par établissement.</p> <p>Un décret en Conseil d'État précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul du score sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>
	Article L. 162-30-3 nouveau du code de la sécurité sociale
	<p>I. - Les établissements de santé mentionnés au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.</p> <p>La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au moyen d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.</p> <p>Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>

	<p>II. - Chaque année, en cas d'écart par rapport aux engagements contractuels, l'établissement est mis en mesure de présenter ses observations. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits.</p> <p>En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer au contrat, l'agence régionale de santé peut prononcer, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie, au titre du dernier exercice clos.</p> <p>Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat et mentionnés au troisième alinéa, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas.</p>
--	---

I. Présentation de la mesure

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

L'engagement n°11 du Pacte Territoire Santé reconnaît le rôle essentiel des hôpitaux de proximité. Ils contribuent à la mise à disposition d'un panier de soins hospitalier minimal, en particulier dans les zones fragiles. Ces établissements ont un positionnement dans la gradation des soins et une activité de soins spécifiques, à l'interface entre la médecine de ville, les hôpitaux de recours et le secteur médico-social. Pourtant, ils ne bénéficient d'aucun statut particulier et en particulier d'aucun levier propre en matière de financement.

Les hôpitaux de proximité ont un socle commun d'activité constitué d'un service de médecine avec le plus souvent une orientation gériatrique. Cette activité est souvent complémentaire à une activité de soins de suite et de réadaptation, à une unité de soins de longue durée, d'hospitalisation à domicile et/ou à une activité médico-sociale réalisée en propre ou en partenariat. Ils peuvent également disposer d'un centre périnatal de proximité ou être autorisés en médecine d'urgence. Les hôpitaux de proximité doivent offrir l'accès à des consultations avancées dans différentes spécialités, dans le cadre de coopérations développées entre établissements de santé.

Ces caractéristiques se retrouvent aujourd'hui aussi bien dans les ex-hôpitaux locaux, financés sous dotation annuelle de financement, que dans des établissements de santé publics ou privés dont le financement repose sur la tarification à l'activité. Un rapprochement des modes de financement de ces établissements, dont les caractéristiques d'activité et de fonctionnement sont pourtant proches, apparaît nécessaire, afin de dépasser les différences liées au statut juridique.

S'agissant des ex-hôpitaux locaux¹, la Cour des comptes, dans son rapport annuel de 2013 soulignait que, « *seul un financement mixte paraîtrait à cet égard de nature à les conforter là où leur présence demeure nécessaire* ». Or la loi, dans sa rédaction actuelle, soumet la totalité d'entre eux à la tarification à l'activité (T2A) à compter du 1er mars 2015. Cette échéance constitue l'occasion d'une mise en cohérence des modèles de financement des hôpitaux de proximité pour les adapter aux rôles et aux spécificités de ces établissements de santé.

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

a) Mesure proposée

L'objectif de la mesure est donc de définir d'une part, les critères permettant à des établissements ayant les mêmes caractéristiques d'activité et de fonctionnement d'être qualifiés d'hôpitaux de proximité et d'autre part, de définir un financement dérogatoire applicable à l'activité de médecine de ces établissements.

Ce modèle serait composé d'une part fixe, destinée à assurer la viabilité de l'établissement et d'une part variable liée à l'activité. La mesure ne concerne pas le champ des soins de suites et réadaptation : ils seront traités lors de l'évolution du modèle de financement de l'ensemble des soins de suites et de réadaptation prévu en 2016.

• Définition de l'hôpital de proximité

La mesure propose d'inscrire dans le code de la santé publique le positionnement et les missions des hôpitaux de proximité.

Ces établissements doivent permettre de renforcer la médecine² de proximité en coopération avec les établissements de santé de recours. Ils peuvent enfin développer une activité médico-sociale. Outre leur activité d'hospitalisation, ils organisent un accès à des consultations par des médecins libéraux et des consultations avancées par des spécialistes, en s'appuyant notamment sur des solutions de télémédecine. Ils développent par ailleurs une ou des activités complémentaires tels que les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée, ou l'hospitalisation à domicile).

¹ Les conclusions de la Cour des Comptes sont les suivantes : un grand nombre d'ex-hôpitaux locaux « peut apporter une contribution utile à l'organisation de l'offre de soins de proximité. Ils offrent en effet un type de prise en charge [...] selon lequel il est préférable que les populations plus fragiles évitent autant que possible le passage par les urgences ou les grands établissements de santé ». Ces établissements assurent ainsi « une médecine de proximité, spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées, qui développe des liens privilégiés avec la médecine de ville et qui allie prise en charge sanitaire et médico-sociale dans la logique d'un parcours de soins articulé ».

² Par suite, les 90 ex-hôpitaux locaux actuels qui n'effectuent que des soins de suite et de réadaptation (SSR) ne seront pas reconnus en tant qu'hôpitaux de proximité. Ils seront rattachés à la réforme de financement du SSR prévue pour 2016 et resteront sous dotation annuelle de financement d'ici là.

Pour cela, ils exercent leur activité en collaboration étroite avec la médecine de ville et le secteur médico-social. Ils n'ont pas vocation à réaliser d'activité chirurgicale et obstétricale et doivent adhérer à un groupement hospitalier de territoire à compter de leur création.

Leur volume d'activité de médecine n'excède pas un seuil défini par voie réglementaire.

• Procédure de reconnaissance des hôpitaux de proximité

Les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité éligibles au financement dérogatoire feront l'objet d'une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition des directeurs généraux des agences régionales de santé, qui vérifieront que les établissements remplissent les conditions prévues et qui se prononceront au regard des besoins appréciés localement.

La mesure prévoit également un modèle de financement *ad hoc* pour les établissements de proximité pour lesquels la tarification à l'activité n'est pas adaptée. Seules les activités de médecine sont visées par ce nouveau modèle de financement ; les autres activités, comme les soins de suite et de réadaptation ou les soins de longue durée, resteront financées selon leurs règles de financement en vigueur dans la mesure où elles ne relèvent pas d'une tarification à l'activité.

Suivant les recommandations de la Cour des comptes dans son rapport annuel 2013, il apparaît opportun de « mettre en œuvre pour les hôpitaux locaux un financement mixte articulant, à titre principal, une tarification à l'activité pour les soins de court séjour, de suite et de réadaptation et un financement forfaitaire destiné à reconnaître leur rôle spécifique dans des zones médicalement fragiles lorsqu'il peut être justifié par les besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins. » Le passage à la T2A serait en effet inadapté pour la grande majorité de ces établissements dont l'activité est par définition faible, sous peine de fragiliser leurs ressources financières.

Pour ce qui concerne l'activité d'hospitalisation de médecine, la mesure propose donc un modèle de financement mixte, composé d'une part fixe, destinée à assurer la viabilité de l'établissement et d'une part variable liée à l'activité.

Quel que soit leur mode de financement actuel (dotation annuelle de financement pour les ex hôpitaux locaux, tarification à l'activité pour les autres), l'ensemble des établissements présentant les caractéristiques d'activité et de fonctionnement définies dans le code de la santé publique (cf. supra) bénéficieront de ce nouveau modèle de financement mixte, composé d'une part dotation fixe et d'une part reflétant le niveau d'activité de l'établissement.

Dans le cadre de cette mesure, seuls les frais d'hospitalisation dérogent au droit commun. Ainsi les ex-hôpitaux locaux, reconnus hôpitaux de proximité, pourront bénéficier du financement des actes et consultations externes et des missions d'intérêt général, ainsi que des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dans les conditions de droit commun.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités d'application de ce nouveau modèle de financement.

Compte tenu de l'impact potentiel de ce nouveau modèle sur les établissements de santé, en termes de système d'information et de facturation, la mesure propose une convergence vers le modèle cible en deux temps :

- les ex-hôpitaux locaux reconnus en tant qu'hôpitaux de proximité se verront maintenir à titre transitoire pour 2015, leur dotation annuelle de financement qui sera soumise à une modulation fondée sur l'activité réalisée ;
- le passage de l'ensemble des établissements de proximité sous le nouveau mode de financement sera réalisé en 2016.

b) Autres options possibles

Une autre option consisterait à ne pas définir les hôpitaux de proximité en termes de fonctionnement et de nature de l'activité spécifique, mais uniquement de prévoir une dérogation à la tarification à l'activité pour l'activité de médecine, en fonction de conditions définies par voie réglementaire. Ce scénario serait une option dégradée par rapport à celle présentée dans la mesure où elle n'aurait pas vocation à définir la place de ces établissements dans l'organisation de l'offre. Elle ne donnerait pas une visibilité suffisante à cette nouvelle catégorie appelée à jouer un rôle dans le maillage territorial.

La mesure telle que proposée *supra* répond à la double finalité de l'engagement n°11 du pacte : reconnaître et organiser des établissements et proposer un modèle de financement plus adapté à leur définition.

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

La mesure définit une nouvelle catégorie d'établissement auxquels s'applique un mode dérogatoire de financement par les régimes d'assurance maladie. Elle génère une économie de 12 M€ pour ces régimes en 2015 dans le cadre du dispositif transitoire (révision du modèle de financement des ex-hôpitaux locaux) puis au cours des années suivantes dans le cadre de l'application pérenne de la mesure.

Elle trouve donc sa place en LFSS en application 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

- Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-22-8-1, un article L. 162-22-8-2 ;
- Il est inséré dans le code de la santé publique après l'article L. 6111-3, un article L. 6111-3-1.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	Mesure applicable
<i>Mayotte</i>	Mesure non applicable
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	Mesure applicable
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	Mesure applicable
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Dans le cadre du plan d'économies sur l'assurance maladie, la révision du modèle de financement devrait permettre, sur le champ des ex hôpitaux locaux, 12M€ d'économies, dès lors que le montant de la dotation annuelle de financement est supérieur aux estimations réalisées de valorisation du case-mix à 100% tarification à l'activité (36M€ d'effets revenus négatifs). L'estimation du potentiel d'économie de la mesure proposée est basée sur l'hypothèse suivante :

- application du modèle aux ex-hôpitaux locaux ayant une activité de médecine ;
- les établissements pourront percevoir une dotation « socle » permettant d’assurer le fonctionnement de l’établissement : quelle que soit l’évolution de son volume d’activité (départ d’un médecin par exemple), un pourcentage de la base budgétaire de l’établissement est assuré ;
- un complément de ressources est fonction du volume d’activité réalisé sur l’année.

L’application de ces hypothèses conduit à estimer une économie de 12 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			+12M€	+12M€	+12M€

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d’égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

L’objectif de la mesure est d’assurer le maillage territorial de l’offre de soins dans les zones fortement touchées par les problématiques de démographie médicale, en garantissant une stabilité des recettes des établissements de proximité. La mesure pourrait également contribuer à maintenir, voire à attirer des professionnels de santé dans ces zones.

c) impacts sur l’environnement

Sans objet.

d) impacts sur l’égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d’informations...)

La mesure nécessitera pour les établissements qui seront reconnus de proximité mais qui ne sont actuellement pas sous tarification à l’activité, la création, en lien avec les caisses de sécurité sociale, de circuits de facturation adaptés.

Cet impact motive une entrée en vigueur complète du dispositif en 2016.

c) impacts sur le budget et l’emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les conditions d'application du dispositif, notamment les modalités de réévaluation de la liste des établissements éligibles, les critères selon lesquels les seuils maximal et minimal de volume d'activité sont appréciés, ainsi que les modalités de financement (modalités de construction de la part fixe et de la part variable notamment). Un décret simple définira la valeur des seuils minimal et maximal de volume d'activité.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixera la liste des établissements de santé reconnus comme hôpitaux de proximité et pouvant bénéficier d'un financement spécifique.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Au titre de la montée en charge du dispositif, les ex-hôpitaux locaux reconnus hôpitaux de proximité se verront appliquer une disposition transitoire pour 2015, par le biais d'une modulation de leur dotation annuelle de financement fondée sur l'activité réalisée (sur la base des dernières données d'activités disponibles).

Le nouveau modèle de financement s'appliquera entièrement dès 2016.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

La liste des établissements éligibles au financement mixte fera l'objet de réévaluations régulières, afin de vérifier que l'activité des établissements concernés justifie leur maintien dans le dispositif.

Le décret en Conseil d'Etat précisera les modalités de ces réévaluations.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 6111-3-1 nouveau du Code de la santé publique
	<p>I. - Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, leur orientation vers des structures dispensant des soins de second recours.</p> <p>II. - Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.</p> <p>Le volume de leur activité de médecine n'excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.</p> <p>III. - Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région.</p> <p>IV. - Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III.</p>
	Article L. 162-22-8-2 nouveau du Code de la sécurité sociale
	<p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, les activités de médecine, exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.</p>

ARTICLE 38 – Création du praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)

I. Présentation de la mesure

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

Pour lutter contre les déserts médicaux, le pacte territoire santé a mis en place le statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG). Ce dispositif est réservé aux jeunes médecins généralistes libéraux installés depuis moins d'un an et exerçant dans les territoires fragiles identifiés par les agences régionales de santé (ARS).

Un an après sa création, le bilan du dispositif est positif : à la fin du premier semestre 2014, 200 PTMG sont répartis sur le territoire et 200 nouvelles installations sont prévues d'ici la fin de l'année.

Les premiers retours des professionnels, ARS et organismes d'assurance maladie montrent qu'un élément fort d'attractivité du dispositif réside dans les avantages accordés en cas de congé maternité : un revenu minimum est en effet garanti au PTMG par l'ARS en complément de ses indemnités journalières maternité servies par son régime d'affiliation. Pour une femme médecin, cette garantie de revenus représente plus de 10 000 euros pour 12 semaines de congé maternité.

Cet avantage maternité représente ainsi un important levier de régulation démographique, complémentaire des outils plus classiques d'incitation strictement financière à l'installation en zone sous dense proposés par les options conventionnelles « démographie » notamment.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé d'étendre l'avantage maternité des PTMG à l'ensemble des médecins, généralistes ou spécialistes, en secteur 1 ou en secteur 2 s'engageant à modérer ses dépassements d'honoraires dans les limites du contrat d'accès aux soins, souhaitant s'installer en zone sous dense. Afin de renforcer encore davantage ce levier, un avantage paternité est également créé.

Comme pour les PTMG, le dispositif de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) sera de nature contractuelle et liera l'ARS et le médecin. La durée fixée par le contrat ne pourra être inférieure à trente-six mois ni supérieure à soixante-douze mois.

L'avantage maternité/paternité sera accordé sous certaines conditions :

1° pratiquer les tarifs opposables ou, s'ils sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, modérer leurs pratiques tarifaires au niveau de ce que permet le contrat d'accès aux soins ;

2° s'engager à exercer une activité libérale, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

3° se faire remplacer durant toute la durée de l'interruption de son activité.

D'autres engagements seront ajoutés, sur le modèle de ceux existant pour les PTMG, tout en veillant à préserver le caractère incitatif du dispositif.

La rémunération sera identique à celle prévue pour les PTMG en cas de maternité/paternité : 3 105€ par mois pour les congés maternité, 1 138€ pour les 11 jours de congé paternité. Le mode de liquidation de cet avantage sera également calqué sur le dispositif des PTMG : ordonnancement par les ARS et paiement par les organismes d'assurance maladie.

Cette rémunération ne pourra être cumulée avec le dispositif PTMG, ni avec les mesures conventionnelles d'incitation applicables aux médecins en zones fragiles. Elle ne pourra également être attribuée au professionnel qui interrompt son activité pour cause de maternité ou de paternité, et qui bénéficie de la prestation partagée d'éducation de l'enfant.

Le financement du dispositif sera assuré par les ARS et supporté par le Fonds d'intervention régional (FIR), à l'instar du dispositif des PTMG.

b) Autres options possibles

L'attractivité de l'offre médicale en zone fragile pourrait également être effectuée avec l'extension du dispositif PTMG à d'autres spécialités. Toutefois, au regard de la distribution des revenus des différentes spécialités, beaucoup d'entre elles atteindraient rapidement le seuil du revenu garanti. Toutes bénéficieraient néanmoins d'avantages sociaux

favorables liés au dispositif des PTMG, en maladie et en maternité, sous réserve d'engagements en termes d'activité à tarif opposable et de continuité des soins.

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

Du fait de son impact sur les dépenses du fonds d'intervention régionale, la mesure proposée relève bien de la loi de financement de la sécurité sociale, au sens du D du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. La mesure représente des dépenses supplémentaires estimées, à partir de 2015, à environ 1 million d'euros par an pour la branche maladie (cf. infra).

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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. 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 2015.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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'extension d'avantages maternité et paternité aux médecins exerçant en zone sous-dense nécessite d'insérer un nouvel article L.1435-4-3 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût de l'extension de l'avantage maternité/paternité des PTMG pour l'ensemble des femmes médecins serait de l'ordre de 900 000€ par an.

Selon les données disponibles, les femmes médecins en activité libérale – toutes spécialités confondues – représentent environ 35 % des effectifs libéraux de la profession, soit environ 37 000 individus. Environ 32% des femmes médecins libérales sont en âge d'avoir des enfants (estimé aux tranches d'âge jusqu'à 45 ans), soit environ 12 000 femmes. Pour ces femmes, en se fondant sur le taux de fécondité national concentré sur une période de dix ans, on estime qu'il y aurait environ 824 naissances avec un rythme d'environ 82 naissances par an. Dans la mesure où le congé maternité des femmes médecins est de 12 semaines en moyenne, la mesure est donc évaluée à environ 900 000 € par an.

Le congé paternité serait quant à lui équivalent au congé maternité mais proratisé sur la base des 11 jours du congé légal). En première estimation, les hommes médecins en activité libérale – toutes spécialités confondues représentent environ 69 000 individus. Environ 78% de ces hommes sont en âge d'avoir des enfants (moins de 60 ans), soit 53 800 hommes. Avec un taux de fécondité comparable à celui des femmes médecins, sur une période de vingt ans, on estime qu'il y aurait environ 3700 naissances, soit 185 naissances par an. En considérant que 2/3 des médecins bénéficient du congé de paternité, la mesure est estimée à 140 000€.

Ce coût constitue un majorant important pour plusieurs raisons :

- Seuls les médecins de secteur 1 ou de secteur 2 s'engageant à modérer les dépassements d'honoraires dans le cadre du contrat d'accès aux soins, installés depuis deux ans et souhaitant exercer en zones sous denses, bénéficieraient de la mesure ;
- Tous ces médecins ne se feraient pas remplacer durant la période de congé maternité/paternité, alors qu'il s'agit d'une condition d'attribution de l'aide ;
- La période de fécondité proposée pour les hommes est potentiellement surestimée (population de moins de 60 ans).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			-1	-1	-1

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure favorise l'installation de libéraux dans des zones sous-denses.

b) impacts sociaux

Néant.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure n'a pas d'incidence sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure a vocation à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie professionnelle, tant pour les femmes (congé maternité) que pour les hommes (congé paternité).

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure aura vocation à garantir un revenu de remplacement au cours de la période d'arrêt d'activité, liée à une naissance, pour des médecins exerçant en zone sous-dense. L'attribution de cette aide est conditionnée à la signature d'une convention avec l'agence régionale de santé.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure est mise en œuvre par les agences régionales de santé, et a vocation à renforcer les leviers contractuels dont ces dernières disposent pour inciter à une meilleure répartition de l'offre médicale sur le territoire. Elle a un impact très limité en gestion, au regard du nombre limité de contrats qui seront signés par chaque ARS.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure a une incidence limitée sur le FIR, et n'a aucune incidence sur l'emploi, tant au sein des organismes d'assurance maladie complémentaire, que des organismes d'assurance maladie obligatoire.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La publication d'un décret en Conseil d'Etat est nécessaire pour prévoir les conditions de conclusion de la convention avec les médecins.

Ce décret en Conseil d'Etat pourra être publié d'ici à la fin du premier semestre 2015, après consultation des conseils de l'UNCAM, de la CNAMTS et de la CCMSA.

Un contrat type est défini par arrêté.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure sera opérationnelle dès la publication du décret en Conseil d'Etat et de l'arrêté.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les médecins seront informés de la démarche entreprise par les agences régionales de santé, ainsi que par différents canaux comme les ordres professionnels ou les caisses primaires d'assurance maladie.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi du versement du forfait maternité ou paternité aux médecins sera effectué par les agences régionales de santé.

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité annexé au PLFSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p align="center">Article L. 1435-4-3 nouveau du code de la santé publique</p>
	<p>I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire sur la base duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maternité ou de paternité sans bénéficier de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code .</p> <p>Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat qui ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois :</p> <p>1° A respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ;</p> <p>2° A exercer une activité médicale libérale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;</p> <p>3° A se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ;</p> <p>4° A ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code.</p> <p>II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins.</p> <p>III. - Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article et notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels.</p>

I. Présentation de la mesure

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

L'amélioration des conditions d'exercice est un des vecteurs importants pour agir sur la répartition géographique des professionnels de santé et pour soutenir l'activité ambulatoire là où les besoins ont été identifiés.

La pérennisation de l'offre médicale au sein de certaines zones présentant des spécificités géographiques, c'est-à-dire les territoires fréquentés à certaines saisons par une patientèle touristique, mais restant relativement isolés des infrastructures sanitaires de la région, est un objectif prioritaire compte tenu des services rendus aux populations domiciliées, saisonnières et aux touristes.

Les particularités d'exercice dans ces territoires isolés sont liées à plusieurs éléments, notamment :

- la nécessité de disposer d'un plateau technique développé, du fait de l'éloignement de l'hôpital et de besoins spécifiques de la patientèle (traumatologie) ;
- la faiblesse de la patientèle pour laquelle ces médecins sont « médecin traitant » et l'importance de la patientèle de passage.

Ces particularités ne sont pas totalement prises en compte dans la rémunération liée à l'acte des médecins libéraux : s'il existe des majorations pour prise en charge en urgence d'un patient, il n'en existe pas pour compensation de charges fixes potentiellement plus élevées en territoire isolé.

En outre, les médecins exerçant dans ces zones bénéficient peu des rémunérations tant forfaitaires que sur objectif de santé publique liées aux parcours des soins coordonnés du faible nombre de patients pour lesquels ils sont déclarés « médecins traitants ». La création du forfait médecin traitant pour le suivi des patients en dehors des affections de longue durée contribue à accroître cette différence.

Enfin, l'aide conventionnelle dite « option démographique » destinée à verser un forfait à l'investissement et une aide à l'activité pour améliorer les conditions d'exercice des médecins libéraux sur certains territoires, pendant une durée de trois ans, est subordonnée à l'inscription par l'agence régionale de santé (ARS) du territoire concerné en zone fragile et à l'exercice en groupe ou en pôle de santé. Cela exclut donc certaines zones, dont la population n'est faible qu'en dehors des périodes saisonnières, ainsi que l'exercice médical isolé.

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

a) Mesure proposée

Un dispositif permettant le versement d'une rémunération complémentaire par les ARS aux médecins exerçant dans les territoires isolés est proposé.

Comme pour les PTMG (praticien territorial de médecine générale), le dispositif sera de nature contractuelle et liera l'ARS et le médecin. Il concernera 200 médecins au niveau national.

Cette aide versée par les ARS pourra porter sur deux objets : aide au maintien des médecins en zones isolées, aide au financement de plateaux techniques nécessaires dans des zones isolées.

L'aide au maintien des professionnels en zone isolée sera de nature forfaitaire et versée trimestriellement dès lors que les conditions sont remplies. Elle sera versée pour une durée de trois ans renouvelable une fois et adaptée en fonction de l'évolution des revenus du médecin : 5% des revenus de ses activités de soins plafonnés à 5 000€ par an. L'aide à l'acquisition de plateaux techniques sera versée une fois par an, sous un plafond de 2 500€ par an.

Compte tenu de ce qui précède, l'attribution de l'aide devra être conditionnée aux critères suivants :

- difficultés conjoncturelles de l'activité libérale dont le maintien est incontournable pour assurer l'accès aux soins de la population ;
- activité marquée par une forte saisonnalité (par exemple, pic d'activité hivernale et faible affluence en intersaison) ;
- faible activité de médecin traitant ;
- revenus tirés de l'activité conventionnée, à l'exclusion de ceux issus de l'activité de permanence des soins ambulatoires, comparativement plus faibles que les autres médecins de la même spécialité de la région. Un plafond de 75 % de la moyenne régionale des revenus des médecins généralistes (en dehors des revenus liés à la permanence des soins ambulatoire) pourrait être retenu pour déclencher une aide éventuelle ;

- aide plafonnée et non cumulable avec le dispositif des PTMG et les aides démographiques prévues par voie conventionnelle ;
- pour les aides au financement de plateaux techniques dans des zones isolées, à l'évaluation du besoin territorial et à l'utilisation partagée de ces infrastructures.

L'attribution de cette rémunération serait assortie d'un certain nombre d'engagements de la part des médecins :

- conventionnement en secteur 1 (c'est-à-dire en respectant les tarifs opposables) ;
- amélioration de l'accès aux soins et actions de prévention auprès des populations saisonnières, populations précaires ;
- participation à la continuité des soins et à l'organisation des soins non programmés ;
- pratiques médicales avec une obligation de formation (un référentiel pourrait être défini en lien avec la haute autorité de santé) ;
- mobilisation pour être terrains de stage des personnels médicaux (étudiants et internes) comme non médicaux.

Cette rémunération ne pourra être cumulée avec le dispositif PTMG, ni avec les mesures conventionnelles qualifiées d'« option démographique ». Elle pourra en revanche être cumulée avec le dispositif de « praticien territorial de médecine ambulatoire », dont la création est proposée dans le présent projet de loi.

Le mode de liquidation de ce dispositif sera le suivant : ordonnancement par les ARS et paiement par les organismes d'assurance maladie.

Le financement du dispositif sera à la main des ARS qui apprécieront le niveau d'aide adapté au médecin compte tenu de ses revenus et supporté par le fonds d'intervention régional (FIR), à l'instar du dispositif des PTMG.

L'objectif est double :

- d'une part, soutenir l'activité ambulatoire en territoire isolé pour en assurer la pérennité et éviter la fermeture d'un certain nombre de cabinets médicaux ;
- et, d'autre part, améliorer la prise en charge des soins de premier recours non programmés en territoire isolé pour décharger les services d'urgences de la région.

b) Autres options possibles

Une autre option envisageable aurait été de prévoir un dispositif conventionnel spécifique. Il importe néanmoins de confier aux ARS un levier d'organisation de l'offre médicale sur l'ensemble du territoire.

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

Du fait de son impact sur les dépenses du fonds d'intervention régionale, la mesure proposée relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale, en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. La mesure représente des dépenses supplémentaires estimées, à partir de 2015, à 1 million d'euros par an pour la branche maladie.

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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. 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 2015.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 création d'un contrat spécifique de soutien à l'activité ambulatoire en territoire isolé nécessite d'insérer un nouvel article L. 1435-4-4 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le financement de ce complément de rémunération est assuré par le budget des ARS, à partir de la contribution versée par les régimes de base de l'assurance-maladie.

Le coût de la mesure est estimé à 1 M€ en année pleine à compter de 2015, sous l'hypothèse de 200 professionnels aidés pour un montant annuel moyen de 5 000€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			-1	-1	-1

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure a vocation à soutenir l'offre de soins dans les zones isolées qui sont particulièrement marquées par leur caractère insulaire ou montagnard.

b) impacts sociaux

Cette mesure a un effet incitatif sur le maintien des médecins sur certains territoires.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure n'a pas d'incidence sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure n'a pas d'incidence sur l'égalité entre les femmes et les hommes

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure aura vocation à garantir un revenu de remplacement pour les professionnels exerçant en territoire isolé et rencontrant des difficultés conjoncturelles. L'attribution de cette aide est conditionnée à la signature d'une convention avec l'agence régionale de santé.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure est mise en œuvre par les agences régionales de santé, et a vocation à renforcer les leviers contractuels dont ces dernières disposent pour inciter à une meilleure répartition de l'offre médicale sur le territoire, notamment sur des territoires aux spécificités importantes. Elle a un impact très limité en gestion, au regard du nombre limité de contrats qui seront signés par chaque ARS.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure a une incidence limitée sur le FIR, et n'a aucune incidence sur l'emploi, tant au sein des organismes d'assurance maladie complémentaire, que des organismes d'assurance maladie obligatoire.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La publication d'un décret en Conseil d'Etat est nécessaire pour prévoir les conditions de conclusion de la convention avec les médecins, et notamment les critères permettant de caractériser un territoire isolé, ainsi que le seuil de revenus tiré de l'activité conventionnelle des médecins.

Ce décret en Conseil d'Etat pourra être publié d'ici à la fin du premier semestre 2015, après consultation des conseils de l'UNCAM, de la CNAMTS et de la CCMSA.

Un contrat type est défini par arrêté.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure sera opérationnelle dès publication du décret en Conseil d'Etat et de l'arrêté.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les médecins seront informés de la démarche entreprise par les agences régionales de santé, ainsi que par différents canaux comme les ordres professionnels ou les caisses primaires d'assurance maladie.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi et l'évaluation de la mesure seront effectués par les agences régionales de santé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p align="center">Article L. 1435-4-4 nouveau du code de la santé publique</p>
	<p>I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et spécialisé en médecine générale, un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de médecin généraliste. La durée du contrat, qui est fixée par ce dernier, ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois.</p> <p>Le médecin bénéficie de cette rémunération s'il satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :</p> <p>1° Exercer dans un territoire isolé ;</p> <p>2° Avoir une activité marquée par une forte saisonnalité ;</p> <p>3° Avoir un revenu tiré de son activité régie par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale inférieur à un seuil fixé par rapport au revenu moyen pour la même spécialité ;</p> <p>4° Respecter les tarifs opposables ;</p> <p>5° Ne bénéficier ni du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code ni des mesures prévues au 2° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions de prévention, des actions destinées à favoriser l'accès aux soins, la continuité de la coordination des soins ou la permanence des soins, ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins et de formation en faveur d'étudiants ou d'internes en médecine comme de professionnels non médicaux.</p> <p>III. - Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les critères caractérisant le territoire isolé, liés à sa situation géographique et à la densité de population des zones dans lesquelles exercent les médecins qui y sont installés, ainsi que le seuil de revenu mentionné au 3° du I.</p>

ARTICLE 40 - Fonds d'intervention régional (FIR) : réforme des modalités de gestion et restructuration des missions du fonds

I. Présentation de la mesure

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

La gestion actuelle du Fonds d'intervention régional (FIR) résulte des circuits de financement qui préexistaient à la constitution du fonds. Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ordonnance l'ensemble des dépenses du FIR conformément à la loi (article L. 1435-8 CSP), la CNAMTS assurant la responsabilité de la gestion comptable et financière du FIR (L. 1435-10 CSP). Ce processus rend la chaîne de la dépense peu sécurisée et peu efficiente.

Ces modalités de gestion ne permettent pas par ailleurs de rendre compte de manière satisfaisante de la dépense, notamment de manière infra-annuelle, malgré les montants budgétaires en jeu relevant de l'ONDAM (sous-objectif ONDAM voté de 3125 M€ en LFRSS pour 2014), de l'Etat (121 M€) ou de la CNSA (86 M€). L'éparpillement des huit missions actuellement prévues par les textes ne rend pas non plus aisé le pilotage du fonds et ne permet pas de faire ressortir les orientations clairement stratégiques poursuivies par celui-ci.

Enfin, elles n'autorisent pas par ailleurs les reports de crédits d'un exercice à l'autre malgré l'objectif du FIR qui est de permettre le financement de projets pluriannuels de restructuration de l'offre de soins.

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

a) Mesure proposée

• *Extension et restructuration des missions du fonds*

La mesure proposée vise à étendre les missions du FIR au financement de la démocratie en santé et à l'accompagnement de l'amélioration des conditions de travail dans le secteur médico-social, comme cela est le cas pour les personnels des établissements de santé. Elle ramène le nombre de missions prévues par la loi de 8 à 4 pour mieux faire apparaître les principaux objectifs poursuivis par le fonds en lien avec la stratégie nationale de santé :

- Promotion de la santé, prévention des maladies, des handicaps et des pertes d'autonomie ;
- Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés, qualité et sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- Permanence des soins et répartition des professionnels et structures de santé sur le territoire ;
- Efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- Développement de la démocratie sanitaire.

Cette restructuration des missions au plan législatif rapproche les actions menées dans les champs sanitaire, d'une part, et médico-social d'autre part, tout en maintenant le principe de fongibilité asymétrique au profit de ce dernier. La promotion de la santé et la prévention constitueraient la première mission du fonds à laquelle serait associée la démocratie en santé à laquelle concourt effectivement le fonds aujourd'hui. A l'organisation de l'offre de soins serait associée la promotion des parcours. En lien notamment avec le pacte territoire santé, est maintenue une mission dédiée à la répartition géographique des professionnels et structures de santé, rapprochée de la permanence des soins. La thématique de l'efficacité des structures est préférée à celle de la performance pour réaffirmer la contribution du FIR à la recherche d'économies dans le contexte budgétaire fortement contraint tout en la rapprochant de la question des conditions de travail étendue aux structures médico-sociales.

• *Evolutions des modalités de gestion du FIR*

Il est proposé de confier à compter du 1^{er} janvier 2016 aux ARS, qui seraient investies de la gestion comptable et financière du fonds, l'ensemble des paiements relatifs au FIR, à l'exception de ceux que liquident et payent directement les caisses primaires d'assurance maladie aux professionnels de santé à titre individuel, notamment au titre de la permanence des soins (PDSA et PDSes en établissements privés).

Le FIR constituera un budget annexe au sein des agences, ce qui permettra, contrairement à la situation actuelle, de suivre spécifiquement en recettes et en dépenses les crédits du FIR et de dégager un résultat spécifique en fin d'exercice. Ainsi, en cas de non consommation intégrale des crédits, il sera possible de les reporter sur l'exercice suivant conformément à la vocation du fonds de gérer des projets de manière pluriannuelle. Toutefois le principe de plafonnement des reports de crédits engendrés par le budget annexe sera inscrit dans la loi pour éviter la constitution en agences de trésoreries oisives.

Le scénario du pilotage intégré du FIR en agences constitue une recommandation convergente de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS)¹ et de l'IGAS qui a également préconisé une stabilisation du périmètre du FIR autour d'un nombre moins important de missions qu'aujourd'hui².

b) Autres options possibles

Un autre scénario d'évolutions des modalités de gestion du fonds aurait consisté à aménager le dispositif actuel dans lequel la gestion du FIR est partagée entre les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les ARS. Il nécessiterait une refonte du système d'information de l'assurance maladie pour gérer l'ensemble des dépenses du FIR et son interfaçage avec celui des ARS afin d'éviter les doubles saisies source potentiellement de dysfonctionnements. En tout état de cause, même à l'appui de systèmes d'information rénovés et communicants, la chaîne de la dépense demeurerait éclatée entre CPAM et ARS et donc non sécurisée.

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

Le transfert, des organismes d'assurance maladie aux ARS, de la gestion financière et comptable du FIR entraîne une modification de la comptabilisation des dépenses relatives au fonds à la fois dans les comptes de l'assurance maladie et dans l'ONDAM.

Aujourd'hui, ce sont les dépenses réellement effectuées qui sont comptabilisées *in fine*. Ainsi, la différence entre le sous-objectif FIR voté en LFSS et le montant de crédits finalement délégués aux agences et consommés se traduit par une sous-consommation de l'ONDAM ainsi qu'une moindre charge dans les comptes de l'assurance maladie, les crédits ONDAM non consommés n'étant pas conservés par les ARS et donc pas mobilisables l'exercice suivant.

Cette mesure conduira à enregistrer, à la fois dans les comptes de l'assurance maladie et dans l'ONDAM définitif constaté, le montant des crédits d'assurance maladie délégués aux agences quel que soit le niveau de dépenses réelles. Les crédits éventuellement non consommés et conservés dans les ARS seront comptabilisés dans les charges des régimes d'assurance maladie.

Cette modification du pilotage comptable et financier du fonds justifie ainsi la place de cette mesure en loi de financement de la sécurité sociale en application du 3^e 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

1 Le rapport MECSS « Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance » présenté par des sénateurs Milon et Le Menn préconise de « consolider le FIR de la manière suivante : stabiliser son champ d'intervention, transférer la gestion des crédits de l'assurance maladie vers les ARS, lui donner la capacité de financer des projets de manière pluriannuelle ». Page 10. <http://www.senat.fr/rap/r13-400/r13-4001.pdf>

2 Rapport IGAS mars 2014 « Evaluation du dispositif relatif au FIR et de son utilisation par les agences régionales »

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

a) Possibilité de codification

Les mesures relatives au FIR sont d'ores et déjà codifiées aux articles L. 1435-8 à 11 du code de la santé publique. Il est proposé de modifier les articles L. 1435-8 et 10.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure conduit à enregistrer dans les comptes des régimes d'assurance maladie le montant des crédits d'assurance maladie délégués aux agences. Elle a donc un impact sur les comptes de ces régimes à hauteur des crédits éventuellement sous consommés qui seront conservés dans le fonds de roulement, encadré, des ARS. Par construction, aucune sous consommation n'est prévue au moment du vote des objectifs initiaux de l'ONDAM au titre de l'année à venir. Elle sera constatée le cas échéant dans la 1^{ère} partie des lois de financement ultérieures.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Néant.

b) impacts sociaux

Néant.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Néant.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Néant

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mise en œuvre de cette mesure s'appuiera sur le système d'information budgétaire et comptable (SIBC) des agences dont il faudra compléter la nomenclature permettant un reporting précis des dépenses relatives au FIR et prévoir l'interfaçage avec l'applicatif d'allocation des ressources des ARS en cours de déploiement en 2014 (HAPI).

Une convention de trésorerie devra être définie entre les organismes d'assurance maladie et les ARS consécutivement à cette réforme.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

L'impact en effectifs au sein des ARS de la mesure été chiffré entre 15 et 20 ETP et s'effectuera par redéploiements internes.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Décret en conseil d'Etat (aménagement des dispositions relatives au FIR codifiées au code de la santé publique).

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Non.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Non

d) Suivi de la mise en œuvre

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1432-3 actuel de l'article du code de la santé publique	Article L. 1432-3 modifié du code de la santé publique
<p>I. - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :</p> <p>1° De représentants de l'Etat ;</p> <p>2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;</p> <p>3° De représentants des collectivités territoriales ;</p> <p>4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins d'une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.</p> <p>Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.</p> <p>Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.</p> <p>Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'Etat dans la région.</p> <p>Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.</p> <p>(...)</p>	<p>I. - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :</p> <p>1° De représentants de l'Etat ;</p> <p>2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;</p> <p>3° De représentants des collectivités territoriales ;</p> <p>4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins d'une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.</p> <p>Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.</p> <p>Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.</p> <p>Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'Etat dans la région.</p> <p>Le conseil de surveillance approuve le budget et le budget annexe de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.</p> <p>(...)</p>
Article L. 1432-5 actuel de l'article du code de la santé publique	Article L. 1432-5 modifié du code de la santé publique
<p>Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.</p>	<p>Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.</p> <p>Un budget annexe régi par les mêmes dispositions est établi pour la gestion des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8, qui sont délégués à l'agence.</p>

<p>Article L. 1432-6 actuel de l'article du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 1432-6 modifié 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>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>6° Des crédits délégués par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.</p> <p>Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 1435-8 actuel de l'article du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 1435-8 modifié du code de la santé publique</p>
<p>Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :</p> <p>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 ;</p> <p>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 pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;</p> <p>3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;</p> <p>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 ;</p> <p>5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;</p> <p>6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;</p>	<p>Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :</p> <p>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 ;</p> <p>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 pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;</p> <p>3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;</p> <p>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 ;</p> <p>5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;</p> <p>6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;</p>

<p>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 ;</p> <p>8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.</p> <p>Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional ainsi que les engagements pris en contrepartie sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à l'article L. 6114-2 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>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 ;</p> <p>8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.</p> <p>1° A la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes et des pertes d'autonomie ;</p> <p>2° A l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;</p> <p>3° A la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;</p> <p>4° A l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;</p> <p>5° Au développement de la démocratie sanitaire.</p> <p>Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional ainsi que les engagements pris en contrepartie sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à l'article L. 6114-2 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.</p>
<p>Article L. 1435-9 actuel du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 1435-9 modifié du code de la santé publique</p>
<p>Les ressources du fonds sont constituées par :</p> <p>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. Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Une dotation de l'Etat ;</p> <p>3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;</p> <p>4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.</p> <p>Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :</p> <p>a) 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 ;</p> <p>b) Les crédits destinés au financement de la prévention</p>	<p>Les ressources du fonds sont constituées par :</p> <p>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. Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Une dotation de l'Etat ;</p> <p>3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;</p> <p>4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.</p> <p>Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :</p> <p>a) 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, des traumatismes 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 ;</p> <p>b) Les crédits destinés au financement de la prévention</p>

<p>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.</p>	<p>des handicaps et de la perte des pertes 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.</p>
<p>Article L. 1435-10 actuel du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 1435-10 modifié du code de la santé publique</p>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, Un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.</p> <p>Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont gérés dans le cadre des budgets annexes prévus à l'article L. 1432-5. Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé peut être confié, par arrêté des ministres chargé de la santé, du budget et de la sécurité sociale, à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé.</p> <p>Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant dans la limite d'un plafond. Les crédits non consommés, qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant en raison de ce plafonnement, peuvent être reversés à l'État, à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans des conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les sommes notifiées par les agences</p>

	<p>régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.</p> <p>En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes dans des conditions fixées par décret. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.</p>
--	--

I. Présentation de la mesure

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

Les dispositifs de prise en charge par l’assurance maladie des technologies de santé innovantes ne sont pas pleinement satisfaisants, notamment en ce qu’ils ne permettent pas une continuité entre les phases de recherche, d’expérimentation ou de développement et la prise en charge de droit commun. La présente mesure introduit donc trois évolutions permettant d’améliorer le continuum de l’innovation.

Ces dispositions visent notamment à traduire certains engagements du contrat de filière des industries et technologies de santé (dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé – CSIS), ainsi qu’à pérenniser les résultats d’expérimentations souhaitées par le législateur et qui s’avèreraient positives au terme de leur évaluation.

S’agissant de modifier des mesures législatives relatives à l’inscription de prestations au remboursement, l’intervention du législateur est nécessaire.

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

a) Mesure proposée

• i) Optimisation du forfait innovation

La loi actuelle limite l’impact opérationnel du forfait innovation. En effet, elle limite la prise en charge dérogatoire au seul secteur hospitalier (public ou privé), ce qui soulève du reste des difficultés pour le cas des prestations, pourtant éligibles au forfait innovation. De plus, si le caractère innovant des technologies de santé éligibles au forfait innovation est bien un critère fixé par la loi (cf. art. L.165-1-1 du CSS), il reste imprécis, notamment en ce qui concerne le type d’innovation éligible au forfait innovation. Cette imprécision élargit *de facto* l’assiette d’éligibilité au forfait innovation, générant une augmentation du nombre de demandeurs éligibles. L’enveloppe de financement du forfait innovation n’étant pas illimitée, le financement de technologies de santé présentant un impact mineur risque de se faire au détriment du financement de technologies de santé à impact majeur (clinique et/ou médico-économique) et donc de générer par opportunité des pertes de chances pour les patients et des dépenses injustifiées.

Il est proposé de modifier la loi afin de faire de ce mécanisme un outil de prise en charge précoce, et encadré par des études permettant, d’une part, une prise en charge dérogatoire qui concernera aussi bien l’exercice hospitalier que la ville, domaine dans lequel des innovations sont tout autant susceptibles d’apparaître et, d’autre part, la focalisation de l’éligibilité des technologies de santé innovantes à celles qui présentent un impact majeur en termes cliniques ou médico-économique. La justification et la nécessité de l’étude sera également précisée afin d’explicitier l’objet dérogatoire du dispositif.

• ii) Optimisation de l’inscription et tarification des actes innovants

Si la collectivité est capable d’assurer une prise en charge rapide des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux éligibles à la liste des produits et prestations remboursables), l’inscription rapide des actes innovants reste insatisfaisante. En effet, entre la fin des études médico-économiques et leur inscription au sein des nomenclatures, une période comprise entre 5 et 10 ans peut s’écouler. Aujourd’hui l’inscription d’un acte à la liste des actes et prestations prévue à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (CCAM, NGAP) débute par une saisine de la Haute Autorité de santé, qui rend un avis scientifique sur l’acte en question, évaluant son service attendu (SA) *via* son intérêt clinique (diagnostique et/ou thérapeutique) et son intérêt de santé publique (ISP)¹. En vue de sa tarification, l’acte est ensuite hiérarchisé par la commission de hiérarchisation (CHAP) compétente, composée des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux et de représentants de l’UNCAM. Une fois la hiérarchisation effectuée, le directeur général de l’UNCAM procède à la tarification de l’acte et à son inscription à la nomenclature. A la fin de ce second délai, les CHAP retrouvent leur compétence de droit commun, et le directeur général de l’UNCAM doit avertir les ministres qu’il n’a pas souhaité procéder à la hiérarchisation de l’acte ou de la prestation et en préciser les motifs.

Une fois l’acte inscrit aux nomenclatures, la prise en charge à l’hôpital n’est pas immédiate, puisque l’intégration de l’acte au sein des tarifs des GHS (groupes homogènes de séjour) ne peut se faire qu’une fois par an, lors de la publication de l’arrêté fixant les tarifs des activités d’hospitalisation (au mois de mars) si et seulement si les données médico-économiques issues de l’ENC (étude nationale des coûts réalisée annuellement par l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation - ATIH) sont disponibles. Or ces données ne sont actuellement accessibles que 2 ans après l’inscription au sein des nomenclatures.

¹ Cf. Article R.162-52-1 du CSS

Dans son rapport publié en 2013, le Centre d'analyse stratégique¹ dressait un bilan du processus de création d'un nouvel acte, en concluant que celui-ci ne fonctionne pas correctement. Ce constat a été partagé par l'ensemble des acteurs institutionnels, académiques et industriels, notamment dans le cadre du CSIS/CSF (comité stratégique de filière) et du groupe de travail institutionnel piloté par Etienne Marie.

Trois freins majeurs à l'introduction rapide d'actes innovants ont été identifiés : (i) un accès limité à l'évaluation par la HAS, (ii) des délais importants d'inscription aux nomenclatures (CCAM/NABM/NGAP) et de tarification de l'acte et (iii) des délais importants d'intégration de l'acte au sein des GHS, une fois ce dernier inscrit, compte tenu des délais de prise en compte des éléments issus des ENC.

Afin de supprimer le deuxième frein, l'article 52 de la LFSS 2014² a introduit un dispositif accéléré de hiérarchisation/tarification des actes innovants associés à des dispositifs médicaux³. Pour ces derniers, les CHAP disposent désormais d'une période maximale de 5 mois au cours de laquelle elles sont seules compétentes pour procéder à la hiérarchisation. A l'expiration de cette période, le directeur général de l'UNCAM dispose d'une fenêtre de 1 mois pour y procéder. Le décret d'application en Conseil d'Etat (actuellement en préparation) précise que les actes innovants associés à un dispositif médical sont éligibles à cette procédure accélérée si leur amélioration de service attendu (ASA) appréciée par la HAS est majeure (niveau I), importante (niveau II) ou modérée (niveau III), objectivant ainsi l'impact clinique majeur de l'acte.

Si cette restriction d'éligibilité (aux ASA I, II, ou III) permet effectivement de garantir le caractère innovant de l'acte via la confirmation de son impact clinique majeur, elle exclut l'ensemble des actes dont le caractère innovant est induit uniquement par la présence d'un impact économique ou budgétaire majeur (réduction significative des dépenses de santé).

Cette restriction d'éligibilité est d'ailleurs discriminatoire pour les actes qui feront l'objet d'un forfait innovation. En effet, certains actes éligibles au forfait innovation pourront bénéficier de la procédure accélérée de hiérarchisation/tarification en raison d'un impact clinique majeur démontré alors que d'autres actes pourtant éligible au forfait innovation ne pourront bénéficier de cette procédure malgré la démonstration d'un impact médico-économique majeur.

Par ailleurs, cette restriction d'éligibilité est également critique pour le secteur hospitalier, particulièrement concerné par les actes innovants avec impact budgétaire majeur. En effet, ces derniers génèrent dans la plupart des cas des réductions significatives de dépenses de santé⁴ au travers des modifications organisationnelles liées à leur utilisation. Cette catégorie d'actes innovants est d'autant plus importante pour le secteur hospitalier dès lors qu'elle pourrait être intégrée au sein des GHS et de la CCAM de manière anticipée sans attendre les résultats de l'ENC et sans passer par les CHAP, l'impact budgétaire ayant été préalablement démontré et évalué par la HAS lors de son évaluation de l'ISP5 (cette évaluation de l'ISP n'influence peu ou pas le niveau d'ASA).

Il est donc proposé de permettre un accès au dispositif accéléré de hiérarchisation/tarification introduit par l'article 52 de la LFSS 2014 aux actes innovants (i) réalisés uniquement au sein d'un établissement de santé et (ii) induisant une réduction significative des dépenses de santé compte tenu de leur impact budgétaire majeur. La HAS sera chargée de l'évaluation de cet impact budgétaire, via sa commission d'évaluation médico-économique.

• **iii) Accélération de l'inscription au remboursement des actes résultant d'expérimentations (pour les innovations organisationnelles)**

De nombreuses expérimentations ont été lancées depuis la mise en place des ARS (notamment, s'agissant des plus structurantes, télémédecine ou prochainement parcours IRC ou radiothérapie). Elles ont permis ou permettront d'identifier des actes qu'il serait pertinent d'inscrire au remboursement, de les évaluer et d'établir les conditions de leur tarification. Pourtant, après la fin de l'expérimentation, ces actes devront faire l'objet de l'ensemble du processus d'inscription. Ce dernier peut prendre plusieurs années, freinant la transition de l'expérimentation à une phase de routine, alors même que :

- ces expérimentations prévoient d'ores et déjà des phases d'évaluation médicale et médico-économique, et notamment des actes et prestations *ad hoc* qu'elles ont nécessité de créer ;
- des modalités de tarification ont déjà pu être étudiées et fixées à titre dérogatoire. L'UNCAM dispose donc déjà des éléments lui permettant de fixer un tarif et ces éléments ont pu être discutés avec les professionnels concernés.

Il apparaît donc opportun de procéder rapidement à la hiérarchisation et à la tarification de ces actes ou prestations, dès lors que les éléments d'évaluation nécessaires à la HAS pour statuer sur un niveau de service attendu ont été

¹ « Le dispositif médical innovant : attractivité de la France et développement de la filière. »

² Cf. Articles L.162-1-7-1 et L.162-1-8 du CSS

³ DM au sens large (DMI, DMDIV, DM d'équipement...), selon les définitions des articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du CSP

⁴ Par exemple : réduction de durée moyenne de séjour, économies d'échelle réalisée par l'introduction de tests de biologie moléculaire automatisables en substitution de cultures biologiques, etc.

⁵ Le 2° de l'article R.162-52-1 du CSS prévoit en effet une évaluation de l'ISP attendu dont notamment son impact sur le système de soins. Cette dernière dimension apprécie les modifications organisationnelles induites par l'introduction de la technologie de santé innovante, notamment en termes de mobilisation/libération de ressources humaines, matérielles objectivables par une étude d'impact budgétaire.

produits dans le cadre de l'expérimentation, afin d'accélérer la généralisation des pratiques dont les expérimentations ont permis de démontrer la pertinence médicale et économique.

Il est donc proposé de permettre un accès au dispositif accéléré de hiérarchisation/tarifification introduit par l'article 52 de la LFSS 2014 aux actes issus des expérimentations prévues à l'article L162-31-1 du CSS et par les diverses expérimentations, dès lors qu'ils présentent une ASA suffisante ou un bénéfice médico-économique, évalué là encore par la HAS.

b) Autres options possibles

D'autres schémas pourraient être envisagés, notamment :

- l'absence d'encadrement dans le temps de la compétence du directeur général de l'UNCAM ;
- la possibilité pour les ministres d'intervenir à titre subsidiaire, lorsqu'ils ne partagent pas l'appréciation de l'UNCAM sur le refus d'inscription.

Néanmoins, ces modalités apparaissent incompatibles avec l'état actuel du fonctionnement des CHAP et du positionnement de leurs membres. La réplique d'un mécanisme déjà existant, accepté par les acteurs et qui trouvera dans le courant de 2014 ses premières applications paraît préférable.

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

Cette mesure aura un impact sur l'équilibre financier des régimes, d'une part en accélérant la prise en charge d'actes ou de dispositifs innovants, d'autre part en permettant de prendre en charge des actes et technologies dont l'impact sur l'efficacité des organisations permettra de diminuer les dépenses d'assurance maladie. Elle trouve donc sa place en LFSS en application 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

En effet, l'article 48 TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Selon une jurisprudence constante de la CJUE, il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime ;
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

dès lors qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 161-37, L. 162-1-7-1, L. 162-8 et L. 165-1-1 du CSS sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure non applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

En l'absence d'une veille technologique structurée, il est actuellement difficile d'estimer le nombre et le coût potentiels des innovations technologiques ou organisationnelles susceptibles d'être concernées.

Toutefois, le fait d'organiser et d'optimiser la prise en charge des innovations permet de supprimer le risque de dérapage budgétaire auquel l'absence de règles pourrait conduire. Pour le forfait innovation, par exemple, la mesure vise à prévenir des dépenses injustifiées. En effet, en l'absence d'éligibilité au forfait innovation restreintes aux technologies de santé à impact clinique et/ou médico-économique majeur, un grand nombre de technologies de santé à faible impact pourraient alors prétendre au forfait innovation, générant ainsi des dépenses importantes pour un bénéfice théorique minime et sans possibilité pour l'Etat de limiter ces dépenses.

L'inscription accélérée d'actes est susceptible d'avoir un impact sur les dépenses (fonction du rythme d'inscription envisagé), mais cet impact sera a priori minime sur la période 2016-2017. En effet, ce dispositif ne sera vraisemblablement pas opérationnel avant la fin du second semestre 2015, compte tenu des délais de préparation du décret d'application et de mise en place de l'organisation adéquate auprès de la Haute Autorité de santé.

Par ailleurs, l'impact sera minime sur la période 2016-2017 car deux catégories d'actes éligibles à cette mesure ne seront concernées qu'à partir de 2018 :

- Les actes issus d'expérimentations dont le calendrier fixé réglementairement prévoit la fin de la phase d'expérimentation en décembre 2017. Il n'y aura donc aucune inscription accélérée et donc aucun impact financier pour cette catégorie d'actes avant 2018 ;
- Les actes innovants (i) réalisés uniquement au sein d'un établissement de santé, (ii) avec ASA de niveau IV, ou V, (iii) induisant une réduction significative des dépenses de santé compte tenu de leur impact budgétaire majeur et (iv) préalablement pris en charge dans le cadre du forfait innovation compte tenu de leur impact économique potentiel. Il n'y aura pas non plus d'inscription accélérée et donc d'impact financier de cette mesure pour ces actes avant 2018, compte tenu de la durée de l'essai clinique et de la réévaluation par la HAS préalable à toute inscription (au minimum 3 à 4 ans) ;

Les seuls actes pouvant générer un impact financier sur la période 2016-2017 sont les actes innovants (i) réalisés uniquement au sein d'un établissement de santé, (ii) avec ASA de niveau IV, ou V, (iii) induisant une réduction significative des dépenses de santé compte tenu de leur impact budgétaire majeur et (iv) n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge préalable au titre du forfait innovation. Rappelons que ces actes ne seront éligibles à la procédure accélérée d'inscription que si une étude d'impact budgétaire préalablement menée atteste d'une réduction significative

des dépenses de santé pour l'assurance maladie. Cette réduction serait considérée comme significative si elle se révèle supérieure à un seuil de réduction de dépenses préalablement fixé (Rappelons qu'une modalité similaire est actuellement en vigueur dans le cadre de l'évaluation médico-économique des produits de santé par la HAS : actuellement ce seuil est fixé à 20 M€ de chiffre d'affaire par an pour les produits de santé). Dans l'hypothèse où un seuil de réduction de dépenses serait fixé à 5 M€/an et qu'environ 4 actes par an seraient éligibles à cette mesure, cela représenterait une économie annuelle estimée à 20M€/an dès 2017, avec une économie estimée à 10M€ en 2016, compte tenu de la montée en charge du dispositif au cours de l'année 2016.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régimes de base obligatoires d'AM	0	0	0	+10	+20

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

L'impact se fera sentir sur le rythme de diffusion de certaines technologies de santé et donc sur les revenus de certains industriels ou acteurs de l'offre de soins.

b) impacts sociaux

L'accélération de l'inscription au remboursement de certains actes, notamment ceux mis en œuvre dans le cadre de la télémédecine, facilitera l'accès aux soins dans certaines zones à la démographie médicale fragile, ainsi que la qualité des prises en charge.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans impact.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans impact.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

L'impact se fera sentir :

- au niveau des directions du ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes ainsi que de la Haute Autorité de santé concernant l'optimisation du forfait innovation, cette mesure permettant de focaliser le forfait innovation sur les technologies innovantes les plus pertinentes et donc de limiter le travail d'instruction réalisé pour des innovations non pertinentes ;

- au niveau de la HAS, de la CNAMTS et de l'ATIH, qui devront intégrer cette nouvelle dimension au sein de sa gestion des actes professionnels, pour accélérer l'inscription au remboursement des actes résultant d'expérimentations et des actes innovants réalisés uniquement au sein d'un établissement de santé et induisant une réduction significative des dépenses de santé compte tenu de leur impact budgétaire majeur.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cf. supra.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret d'application sera nécessaire pour préciser les conditions de mise en œuvre de l'inscription accélérée au remboursement.

Il devra faire l'objet d'une concertation avec la HAS, les sociétés savantes, les fédérations hospitalières et les industriels des technologies de santé.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Les processus de traitement de la HAS et de l'UNCAM devront être adaptés dans un délai d'un an.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le nombre d'actes ou de dispositifs faisant l'objet des procédures d'inscription créées par cet article fera l'objet d'un suivi.

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 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'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>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 efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8, de l'amélioration du service attendu 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 attendu de l'acte, 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</p>

[...]	applicables ; [...]
Article L.162-1-7-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.162-1-7-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les biologiste-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7.</p> <p>En l'absence de décision d'inscription des actes innovants dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du présent code, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en précise les motifs aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les biologiste-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7.</p> <p>En l'absence de décision d'inscription des actes innovants dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du présent code, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en précise les motifs aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, les motifs de l'absence de décision d'inscription :</p> <p>1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;</p> <p>3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptible d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie.</p> <p>L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par</p>

<p>Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.</p>	<p>la Haute Autorité de santé.</p> <p>Dans le cas prévu au 3°, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.</p>
<p>Article L.162-1-8 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L.162-1-8 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, d'un acte innovant ne relevant pas de l'article L. 162-1-7-1 et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation de cet acte.</p> <p>Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance</p>	<p>En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, d'un acte innovant ne relevant pas de l'article L. 162-1-7-1 et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation de cet acte.</p> <p>En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au cinquième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1°, 2° ou 3° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.</p> <p>L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 162-1-7-1 est évalué par la Haute Autorité de santé.</p> <p>Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité</p>

<p>maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l’expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.</p> <p>En l’absence de décision de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l’Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.</p> <p>Les modalités d’application du présent article, notamment la définition de l’acte innovant, fondée notamment sur l’amélioration du service attendu de l’acte, sont déterminées par décret en Conseil d’Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.</p>	<p>sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l’expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.</p> <p>En l’absence de décision de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l’Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.</p> <p>Dans le cas prévu au 3°, l’acte reste pris en charge dans les conditions de l’expérimentation si une demande d’évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l’expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu’à l’intervention de la décision de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie.</p> <p>Les modalités d’application du présent article, notamment la définition de l’acte innovant, fondée notamment sur l’amélioration du service attendu de l’acte des critères mentionnés aux 1° à 3, sont déterminées par décret en Conseil d’Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.</p>
<p align="center">Article L.165-1-1 CSS (actuel)</p>	<p align="center">Article L.165-1-1 CSS (modifié)</p>
<p>Tout produit, prestation ou acte innovant peut faire l’objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d’une prise en charge partielle ou totale relevant de l’objectif de dépenses mentionné à l’article L. 162-22-9.</p> <p>La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L’arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d’utilisation, la liste des établissements de santé pour lesquels l’assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu, ainsi que les modalités d’allocation du forfait aux établissements de santé. Cet arrêté peut préciser leurs modalités d’identification dans les systèmes d’information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l’acte et des frais d’hospitalisation associés et, le cas échéant, la prise en charge du produit ou de la prestation. Par dérogation aux dispositions de l’article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l’intermédiaire de l’établissement de santé</p>	<p>Tout produit, prestation ou acte innovant peut faire l’objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d’une prise en charge partielle ou totale relevant de l’objectif de dépenses mentionné à l’article L. 162-22-9.</p> <p>Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant présentant un impact clinique ou médico-économique majeur peut faire l’objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d’une prise en charge partielle ou totale par l’assurance maladie conditionnée à la réalisation d’une étude comparative clinique et médico-économique.</p> <p>La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L’arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d’utilisation, la liste des établissements de santé pour lesquels l’assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu, ainsi que les modalités d’allocation du forfait aux établissements de santé. Cet arrêté peut préciser leurs modalités d’identification dans les systèmes d’information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l’acte et des frais d’hospitalisation associés et, le cas échéant, la prise en charge du produit ou de la prestation. Par dérogation aux dispositions de l’article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l’intermédiaire de l’établissement de santé.</p>

ARTICLE 42 – Renforcement des leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé

I. Présentation de la mesure

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

L'amélioration de la pertinence des soins est un enjeu fort pour la qualité de notre système de soins et l'efficacité des dépenses de santé. Des travaux pilotés au niveau national par le ministère de la santé ont été engagés avec la CNAMTS, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et au niveau régional avec les agences régionales de santé (ARS).

Jusqu'à présent, les actions menées pour favoriser la pertinence des soins ont reposé sur la mise à disposition de données objectivant les écarts de taux de recours et sur la production de référentiels HAS précisant les bonnes pratiques. La CNAMTS a ainsi contribué au développement d'indicateurs permettant de cibler les établissements présentant les plus forts risques en termes de pertinence des soins et déploie des actions d'accompagnement auprès des professionnels et des établissements sur certains sujets (tels que le canal carpien, en 2014).

Toutes les régions ont ainsi pu réaliser un diagnostic à partir, notamment, des taux de recours aux soins pour identifier, parmi les 32 activités ciblées au niveau national, celles qui étaient en sur- et sous-recours marqué sur leur territoire.

Les ARS engagent désormais des concertations et des actions avec les établissements et professionnels de santé pour améliorer la pertinence des actes.

Afin que ces démarches soient intensifiées et rassemblées au service d'une politique plus globale, il est nécessaire de renforcer le pilotage régional de la pertinence des soins et de mettre à disposition des outils gradués pour le mettre en œuvre.

La mesure proposée répond ainsi à deux objectifs principaux :

- mettre en cohérence les démarches menées au niveau local par les ARS et par l'Assurance maladie dans le cadre d'un plan d'actions régional d'amélioration de la pertinence des soins ;
- renforcer les outils dont disposent les ARS, en lien avec l'assurance maladie, pour mettre en œuvre le plan d'action régional d'amélioration de la pertinence des soins sur leur territoire à travers un éventail d'actions graduées et assurer un suivi renforcé des établissements de santé qui présentent les plus forts enjeux en matière de pertinence des soins.

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

a) Mesure proposée

- La mesure proposée prévoit d'abord de donner une base légale au plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins et d'en préciser les conditions d'élaboration. Celui-ci sera établi en déclinaison du plan national défini dans le cadre de la gestion du risque relatif à la pertinence des soins, sous l'égide de l'ARS, en lien étroit avec l'assurance maladie et dans le cadre d'une concertation associant les représentants des établissements et des professionnels de santé de la région. Ce plan d'action devra notamment indiquer les domaines d'action prioritairement retenus par la région en matière d'amélioration de la pertinence des soins.
- La mesure proposée prévoit également une contractualisation tripartite entre l'établissement de santé, l'ARS et l'assurance maladie autour d'objectifs d'amélioration de la pertinence des soins. Un panel d'actions graduées peut être mobilisé par les DGARS pour y parvenir.

Deux types d'objectifs peuvent être contractualisés, en fonction des thématiques concernées et du niveau de ciblage de l'établissement de santé au regard des enjeux de pertinence :

- des objectifs d'amélioration de la pertinence des soins, définis sur la base d'indicateurs de processus, destinés à être contractualisés avec un nombre relativement important d'établissements identifiés au niveau régional ;
- des objectifs de maîtrise du nombre des prescriptions, actes ou séjours non pertinents pour un nombre plus restreint d'établissements présentant des écarts importants avec les moyennes nationales ou régionales pour une activité comparable ou des pratiques non conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

Une évaluation annuelle est organisée de manière conjointe par l'ARS et l'assurance maladie afin de vérifier l'atteinte des objectifs. En cas de non respect de ces objectifs, l'ARS peut décider, après avis de l'assurance maladie et après procédure contradictoire, d'appliquer des pénalités financières ou d'enclencher une procédure de mise sous accord

préalable (MSAP). En cas de refus de signer le contrat, une sanction sera appliquée sans avis préalable ni procédure contradictoire, de manière analogue à ce qui existe pour le contrat de bon usage du médicament.

- ➔ La mesure propose également une refonte du dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) pour les établissements de santé afin de l'adapter aux enjeux de la pertinence des soins et de l'insérer dans la démarche régionale menée par l'ARS en lien avec l'assurance maladie :
- le dispositif de MSAP serait ainsi rattaché au plan d'actions régional d'amélioration de la pertinence des soins ;
- le périmètre d'application de la MSAP en établissement de santé serait élargi aux actes et prescriptions (le champ actuellement couvert correspond uniquement aux prestations d'hospitalisation) ;
- le mécanisme de pénalité, qui est actuellement inopérant, serait revu, en cohérence avec l'option retenue dans le cadre du dispositif de contractualisation.

b) Autres options possibles

Le levier financier incitatif, comparable à celui retenu dans le cadre de l'incitation financière à la qualité (IFAQ) n'est pas proposé. En effet, contrairement à l'approche retenue dans le cadre du dispositif IFAQ, qui vise à récompenser l'investissement des établissements de santé dans une démarche qualité mesurée uniformément sur le territoire, la mesure proposée a pour objectif de diminuer le nombre d'actes non pertinents en exerçant une contrainte renforcée sur des établissements et des sujets ciblés.

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

La place de cette mesure en LFSS est justifiée par son impact financier sur les dépenses de l'année et des années ultérieures (cf. 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS).

Cette mesure permet en effet de minorer les dépenses d'assurance maladie par le biais de la diminution des actes, prestations d'hospitalisation et prescriptions non pertinents.

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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de texte en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 car elle n'est pas contraire aux dispositions des traités communautaires ou aux règles en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Création de l'article L. 162-30-3 et modification de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Pas de disposition abrogée.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			+15 M€	+30 M€	+50 M€

L'impact financier de la mesure est estimé à partir d'hypothèses d'évolution du recours aux soins pour les 32 activités ciblées au niveau national comme présentant des enjeux en matière de pertinence des soins.

Ainsi, en considérant les 32 thématiques et en faisant l'hypothèse que dans les territoires où le taux de recours est le plus éloigné de la moyenne nationale (10^e, 9^e et 8^e décile) l'évolution sera respectivement de -10 %, -7 % et -5 % et que, sur la même période, les territoires en sous-recours pourraient rattraper avec une dynamique fixée à +10 % sur les 1^{er}, 2^e et 3^e déciles, la somme des variations conduit à la suppression de 48 000 séjours hospitaliers soit un total d'environ 50M€ d'économies à horizon 2017.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure proposée peut avoir un impact sur les établissements de santé publics et privés. L'impact financier devrait néanmoins être limité à l'échelle de chaque établissement.

b) impacts sociaux

La mesure a pour objectif d'améliorer les pratiques professionnelles et donc la qualité de la prise en charge en établissement de santé.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure n'a pas d'impact sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure n'a pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure n'a pas d'impact sur les assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Les outils mobilisés dans le cadre de cette mesure sont connus des administrations et des caisses de sécurité sociale concernées et leur mise en œuvre ne nécessitera pas d'évolution des métiers ou des systèmes d'information.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Les conditions de mise en œuvre de l'article L. 162-30-3 nouveau du code de la sécurité sociale seront précisées par décret en Conseil d'Etat.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure ne nécessite pas de délais spécifiques pour sa mise en œuvre.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Le dispositif fera l'objet d'une circulaire à destination des agences régionales de santé et des établissements de santé et d'une lettre réseau à destination des caisses de sécurité sociale.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de cette mesure sera assurée d'une part dans le cadre du suivi du Programme national de Gestion du risque et d'autre part dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passés entre l'Etat et les agences régionales de santé dans lesquels figure un indicateur relatif à l'atteinte, par l'ARS, des objectifs de contractualisation indiqués dans son plan d'action régional d'amélioration de la pertinence des soins.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-1-17 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-1-17 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.</p> <p>Concernant les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation, la mise sous accord préalable porte sur les établissements de santé prescripteurs en cas de constatation d'une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hospitalisation. Cette mise sous accord préalable s'effectue, dans le respect des référentiels établis par la Haute Autorité de santé, sur la base d'un programme régional établi par la Haute Autorité de santé, sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie, après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés.</p> <p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes et prestations susvisés.</p>	<p>Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.</p> <p><i>Concernant les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation, la mise sous accord préalable porte sur les établissements de santé prescripteurs en cas de constatation d'une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hospitalisation. Cette mise sous accord préalable s'effectue, dans le respect des référentiels établis par la Haute Autorité de santé, sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie, après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés.</i></p> <p><i>Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes et prestations susvisés.</i></p> <p>En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de</p>

	<p>prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé.</p> <p>La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :</p> <p>1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;</p> <p>2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;</p> <p>3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;</p> <p>4° Une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.</p> <p>Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière dans les conditions prévues au cinquième alinéa du II de l'article L. 162-30-3.</p> <p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités.</p>
	<p align="center">Article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale (Création)</p>
	<p>I. - L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1.</p> <p>Ce plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées</p>

	<p>pour une activité comparable.</p> <p>Le plan d'actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique.</p> <p>II. - Le directeur de l'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d'actions défini au I et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la pertinence des soins, d'une durée maximale de deux ans.</p> <p>Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins.</p> <p>Le contrat comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'un des constatations suivantes :</p> <p>1° Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;</p> <p>2° Soit une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.</p> <p>La réalisation des objectifs fixés au contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non réalisation de ces objectifs, le directeur de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou prononcer une sanction pécuniaire, correspondant au versement à l'organisme local d'assurance maladie d'une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.</p> <p>En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.</p> <p>III. - Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins.</p>
--	---

ARTICLE 43 - Création d'un nouveau mode d'inscription sur la liste des produits et prestations (description générique renforcée)

I. Présentation de la mesure

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

Les textes prévoient deux modalités d'inscription des dispositifs médicaux (DM) sur la liste des produits et prestations (LPP) qui ouvrent droit à une prise en charge par l'assurance maladie.

La règle générale est que l'inscription se fait sous forme d'une description générique, qui identifie un type de produit selon sa finalité thérapeutique, ses spécifications techniques et le cas échéant par un code et un tarif uniques, sans rattachement à un nom de produit ou de société.

A titre subsidiaire, il est possible d'inscrire certains dispositifs médicaux sous forme de nom de marque (ou de nom commercial) dans les cas suivants :

- pour les produits qui présentent un caractère innovant (après évaluation par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé – CNEDiMTS – de l'amélioration du service médical attendu ou rendu) ;
- ou lorsque l'impact sur les dépenses d'assurance maladie, des impératifs de santé publique ou le contrôle des spécifications techniques minimales nécessitent un suivi particulier du produit.

Compte tenu de ces règles, le processus que suivent les nouveaux dispositifs médicaux entrant sur le marché est dans le cas général une « auto-inscription » sur la LPP :

- obtention du marquage « CE » au niveau européen qui autorise la commercialisation du produit dans l'ensemble des pays de l'Union européenne ;
- apposition par le fabricant sur chaque produit du code LPP correspondant à la ligne générique à laquelle le fabricant estime que son produit appartient.

Dès lors, le produit peut être pris en charge par l'assurance maladie puisqu'étant déclaré comme appartenant à une catégorie remboursable de dispositifs médicaux. Ainsi les dispositifs médicaux inscrits sous description générique sur la LPP sont-ils prescrits, utilisés dans la procédure de soin et pris en charge par l'assurance maladie sans que l'on ait systématiquement l'assurance qu'ils sont conformes aux spécifications techniques et aux conditions particulières qui concourent à la définition de ces lignes.

La principale conséquence est que peuvent être prescrits, utilisés dans le cadre de soins dispensés aux patients et indûment pris en charge par l'assurance maladie des produits qui ne rendent pas le service attendu en raison en particulier de leur non-conformité aux spécifications techniques définies sur la LPP. Il en résulte dans ce cas, outre les risques sanitaires potentiels pour les patients, une dépense injustifiée de l'assurance maladie pour financer des produits dont le service rendu n'est pas assuré, et qui peuvent induire, en cas de réalisation des risques, des coûts supplémentaires pour l'assurance maladie.

Des problèmes récents soulignent les risques et difficultés liés à l'inscription sous ligne générique de certains dispositifs médicaux sensibles :

- d'une part, pour des raisons sanitaires liées à la traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux implantables tels que des prothèses mammaires non conformes ou des sondes de défibrillation cardiaque implantables défectueuses : en l'absence d'identification précise du produit implanté, il est en effet impossible pour l'assurance maladie d'identifier les patients ayant bénéficié d'une implantation de ces dispositifs médicaux, et d'assurer leur suivi (en vue par exemple d'une explantation en cas de matériel défectueux) ;
- d'autre part, pour des raisons économiques liées à la traçabilité financière des dispositifs pris en charge par l'assurance maladie. Certains dispositifs médicaux sont auto-inscrits sous des lignes génériques dont les spécifications techniques ne leur correspondent pas, et pourtant remboursés sur la base des tarifs de prise en charge associés ; peut être cité l'exemple de fauteuils dits de confort qui se revendiquent de la ligne générique des sièges coquilles sans que leur intérêt médical n'ait été établi. Lorsque certains produits implantables sont défectueux et doivent être remplacés (sondes de défibrillation cardiaques implantables défectueuses, prothèses mammaires implantables non conformes), l'assurance maladie rencontre des difficultés pour obtenir le remboursement de la part des fournisseurs (plusieurs sociétés sont concernées).

L'objectif de la mesure est donc de créer une nouvelle modalité d'inscription sur la LPP, qui permettrait une traçabilité plus efficace et un contrôle mieux étayé de certains dispositifs médicaux sensibles actuellement inscrits sous description générique sur la LPP.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de renforcer, pour un certain nombre de dispositifs médicaux dont la liste sera fixée par arrêté, la modalité d'inscription sur la liste des produits et prestations (LPP) en créant une « description générique renforcée ». Cette modalité d'inscription nouvelle permettrait d'identifier individuellement les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie (code individuel, à l'instar de ce qui existe pour les inscriptions en nom de marque) pour lesquels la performance est prévisible et qui ne nécessitent pas d'évaluation clinique spécifique par la Haute Autorité de santé (HAS). Le tarif de prise en charge appliqué serait le tarif de prise en charge de la ligne générique correspondante. Il en serait de même pour le prix limite de vente, le cas échéant, qui serait celui de la ligne générique.

Ce renforcement de certaines descriptions génériques n'aura pas d'impact sur l'évaluation et la procédure d'inscription de la description générique elle-même mais imposera à tout fabricant qui souhaite obtenir la prise en charge de son produit dans les lignes génériques retenues de déposer un dossier de conformité aux spécifications de la description générique. Ce dossier ne comprendra que des éléments administratifs et un certificat de conformité technique établi par un laboratoire d'essais, compétent et indépendant.

Cette déclaration de conformité sera exigée dans deux types de situations bien distinctes :

- pour des dispositifs médicaux implantables sensibles, pour lesquels une inscription sous description générique est insuffisante (absence de contrôle de la légitimité d'apposition du code LPP générique, risques sanitaires et financiers associés à ce manque de contrôle) et pour lesquels une inscription par nom de marque (évaluation clinique de chaque produit) n'est pas envisageable (absence de données cliniques spécifiques, nombre important de dispositifs concernés, etc.). Avec cette nouvelle possibilité d'identifier les dispositifs médicaux inscrits sous ligne générique, la mesure contribuera en outre à faciliter la mise en œuvre du contrôle des spécifications techniques ;
- pour les dispositifs médicaux pour lesquels ont été constatées des dérives en matière d'auto-inscription dans le but d'obtenir un tarif plus élevé que celui qui devrait être réellement attribué au produit.

Les critères d'éligibilité et la procédure de choix des descriptions génériques concernées seront précisés par un décret en Conseil d'État : critères sanitaires (dispositifs médicaux implantables) et critères financiers (lignes génériques pour lesquelles une forte croissance de la dépense ou des abus, voire des fraudes, sont constatés).

Les catégories de dispositifs relevant de ce nouveau mode d'inscription sur la LPP seront fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Une phase transitoire de 6 mois sera prévue, permettant aux fabricants de constituer leur dossier. A l'issue de ces 6 mois, seuls les dispositifs ayant déclaré leur conformité auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pourront continuer à commercialiser leur produit et disposeront d'un code unique.

La durée de traitement des dossiers sera limitée réglementairement à trois mois dans la mesure où cette nouvelle procédure ne nécessite pas contrôle de la conformité, ni d'évaluation clinique des dispositifs, ni de négociation tarifaire.

La charge de la réception du dossier administratif et de la vérification de la présence du certificat de conformité sera confiée à l'ANSM. La transmission se fera ensuite à la CNAMTS pour la création des codes afférents, et enfin aux administrations en charge de l'inscription (direction générale de la santé et direction de la sécurité sociale) et au comité économique des produits de santé pour l'inscription du code sur la LPP.

b) Autres options possibles

Une alternative serait d'imposer systématiquement l'inscription des dispositifs médicaux implantables en nom de marque. Cette proposition a été faite par la CNAMTS, dans ses rapports sur les charges et produits des années 2013 et 2014. Cette proposition est également reprise dans le rapport du Pr. Vicaut relatif à la régulation et à la traçabilité des dispositifs médicaux implantables, qui place l'identification des produits au centre de la problématique de traçabilité des dispositifs médicaux.

Des concertations avec les différents acteurs ont conduit à écarter ce scénario.

L'inscription en nom de marque de l'ensemble des dispositifs médicaux implantables impliquerait que les industriels déposent des dossiers de demande d'inscription auprès de la HAS et du Comité économique des produits de santé (CEPS). La HAS devrait alors procéder à l'évaluation de chaque dispositif, en tenant compte des données cliniques disponibles, notamment comparatives. En cas d'avis favorable de la CNEDiMITS, le CEPS fixerait un tarif de prise en charge individuel (processus conventionnel), et le dispositif serait inscrit sur la LPP par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette systématisation de l'inscription en nom de marque pour les dispositifs implantables aurait pour conséquences :

- un allongement des délais d'accès au remboursement pour ces produits : les délais d'inscription sur la LPP en nom de marque sont réglementairement fixés à 180 jours, tandis que dans le cas d'une description générique, il s'agit d'une auto-inscription avec effet immédiat ;

- une augmentation non soutenable de la charge de travail des services de la HAS, au détriment de l'évaluation de dispositifs médicaux innovants : une inscription en nom de marque de l'ensemble des DM actuellement sous descriptions générique constituerait une charge de travail très significative qui devrait nécessairement s'étaler sur de nombreuses années : on compte aujourd'hui plus de 200 lignes génériques correspondants à des dispositifs médicaux implantables sur la LPP, c'est-à-dire en réalité des milliers de produits de marques différentes actuellement pris en charge qu'il faudrait évaluer de manière systématique ;
- un risque important d'avis défavorables de la CNEDiMTS (c'est-à-dire un service attendu ou rendu considéré comme insuffisant par la HAS) et de diminution en conséquence du nombre de dispositifs remboursables par l'assurance maladie : en effet, la plupart des dispositifs médicaux implantables actuellement inscrits sous description générique ne disposent d'aucune donnée clinique spécifique permettant d'apprécier le rapport bénéfice/risque d'un produit. C'est notamment le cas des prothèses mammaires implantables ou des sondes de défibrillation cardiaque. Pour ces produits, la preuve d'efficacité est apportée par l'usage, souvent depuis de très nombreuses années, et le degré d'exigence en termes d'études cliniques est faible : leur conformité technique aux spécifications décrites dans les lignes génériques suffit à leur prise en charge par l'assurance maladie.

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

Cette mesure trouve sa place dans la quatrième partie 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, en raison de ses effets sur les dépenses de l'assurance maladie.

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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 165-1, L. 165-2 et L. 165-3 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Pas d'abrogation prévue.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure directement applicable

Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les économies attendues par l'assurance maladie découlent de la réduction de dépenses liées à la prise en charge induite ou survalorisée de certains dispositifs médicaux inscrits sur la LPP :

- limitation de la prise en charge aux dispositifs médicaux dont les caractéristiques correspondent aux exigences fixées par les ministres à la suite des avis de la CNEDiMTS et baisse des volumes pour ceux dont les caractéristiques ne correspondent pas ;
- retour au bon niveau de tarif pour un certain nombre de produits aujourd'hui surfinancés car inscrits sur des lignes génériques mieux valorisées que celles dans lesquelles ces produits devraient figurer.

Il est également attendu de cette mesure une amélioration du processus d'obtention du remboursement, à la charge des fournisseurs concernés, des sommes versées par l'assurance maladie en cas de remplacement de dispositifs défectueux.

La présente évaluation porte sur le titre III de la liste des produits et prestations (dispositifs médicaux implantables). En effet, ils seront les premiers concernés par la mesure compte tenu des enjeux sanitaires qui y sont associés. Le champ pourra s'étendre dans un second temps à d'autres produits éligibles à la LPP (à l'exclusion des prestations). Les dépenses annuelles remboursées s'élèvent à 1,446 Md€ en 2012, dont 1,04 Md€ consacrés aux lignes génériques uniquement. Une économie envisageable de 1% de ces dépenses représenterait donc un gain de 10 M€ pour l'assurance maladie. Compte tenu des délais de mise en œuvre de la mesure et de la montée en charge au fur et à mesure du basculement de certaines lignes génériques en description renforcée, on peut estimer une économie de 5 M€ en 2016 (puis 10 M€ en 2017).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régimes de base d'assurance maladie				+5 M€	+10 M€

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Compte tenu des montants en jeu qui restent faibles, l'impact est modéré pour le secteur dans son ensemble. Toutefois étant donné la prédominance des PME au sein des exploitants de dispositifs médicaux, il n'est pas à exclure que certaines entreprises soient affectées par la mesure. Il faut souligner néanmoins que celles qui le seront auront inscrits des produits abusivement sur des lignes génériques plus rémunératrices sans en respecter les spécifications techniques, voire auront commercialisé des dispositifs médicaux défectueux.

b) impacts sociaux

La mesure devrait permettre une amélioration de la conformité des dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie par un meilleur respect des spécifications techniques. Elle permet ainsi de prévenir l'utilisation de dispositifs potentiellement défectueux et d'améliorer la détection de ces derniers. Elle contribue donc à améliorer la santé de la population.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure n'a pas d'impact sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Si la plupart des dispositifs médicaux sont indifféremment employés pour les hommes et les femmes un certain nombre d'entre eux s'adressent plus spécifiquement à ces dernières (prothèses mammaires par exemple) ; les conséquences positives de la mesure en termes de santé publique les concerneront ainsi plus particulièrement.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure entraînera une augmentation modeste de la charge de travail administrative de certains fabricants de dispositifs médicaux, liée à la fourniture d'un certificat de conformité aux spécifications techniques de la LPP. Il s'agit toutefois d'une procédure simple qui repose sur des acteurs (laboratoires d'essais indépendants) déjà connus de ces entreprises dans le cadre de l'obtention du marquage CE notamment.

Elle allongera par ailleurs les délais d'inscription au remboursement de 3 mois au maximum, correspondant au délai laissé aux administrations compétentes pour traiter le dossier et procéder à l'inscription.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure entraîne un surcroît de travail pour enregistrer les demandes des entreprises, vérifier la complétude du dossier, inscrire les produits sur la LPP et créer les codes correspondants.

- administrations centrales : augmentation du nombre d'arrêtés d'inscription sur la LPP et la liste en sus, amélioration de la traçabilité financière des produits pris en charge.

- ANSM : enregistrement de dossiers administratifs, vérification de la présence du certificat de conformité et transmission à la CNAMTS. L'existence du certificat de conformité facilitera les contrôles des spécifications techniques pour les catégories concernées, permettant notamment l'identification précise des produits.

- CNAMTS : augmentation du nombre de codes LPP à gérer.

- CEPS : augmentation du nombre de dossiers administratifs à enregistrer, du nombre d'arrêtés et d'avis de tarifs à émettre, et maintenance de la liste (changements de distributeurs, etc.).

Aucune modification des systèmes d'informations n'est nécessaire pour la gestion de ce nouveau mode d'inscription.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Modification nécessaire du décret d'application de l'article L. 165-1 pour prendre en compte cette nouvelle modalité d'inscription puis publication de l'arrêté listant les lignes génériques concernée par le dispositif. Une concertation sera effectuée avec l'ensemble des syndicats de fabricants de dispositifs médicaux.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Après publication du décret et de l'arrêté, un délai de 6 mois sera laissé aux fabricants pour constituer leur dossier et maintenir l'inscription des produits concernés sur la LPP.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Pas d'information nécessaire.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les nouvelles lignes « description générique renforcée » seront progressivement inscrites dans la LPP et suivies dans ce cadre.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article L. 165-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 165-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p> <p>Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixés par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.</p>	<p>Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p> <p>L'inscription sur la liste mentionnée à l'alinéa précédent des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée.</p> <p>La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées à l'alinéa précédent est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie.</p> <p>Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixés par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.</p>

Article L. 165-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 165-2 modifié du code de la sécurité sociale
<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 produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.</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 ou par description générique renforcée 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 produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.</p>
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>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 ou par description générique renforcée, 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>

ARTICLE 44 - Mesure de sensibilisation à la prescription de produits de la liste en sus

I. Présentation de la mesure

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

Les dépenses des produits de santé inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 (liste en sus) demeurent à un niveau très élevé (4,4 Md€ - données 2013 - dont 2,8 Md€ pour les médicaments) et sont très dynamiques (+7,5% en 2013).

Or la prescription de ces spécialités donne lieu à des pratiques très hétérogènes. La pertinence de ces prises en charge n'est donc pas toujours assurée. Au-delà des actions des pouvoirs publics sur la promotion et la diffusion du bon usage du médicament qu'il faut poursuivre et renforcer, il est nécessaire de mobiliser l'outil tarifaire pour infléchir les comportements.

Par ailleurs, il a été constaté que des spécialités de la liste en sus prescrites en dehors des indications de leur autorisation de mise sur le marché, et donc en dehors du périmètre remboursables, sont facturées en sus des prestations, sans les mentions indispensables qui signalent la prescription hors AMM, et sont *de facto* indûment prises en charge par l'assurance maladie, en dehors des textes. Il n'appartient pas en effet à la solidarité nationale de rembourser les spécialités prescrites hors de leur AMM, *a fortiori* lorsqu'il existe des alternatives thérapeutiques. La présente mesure vise donc à responsabiliser les prescripteurs afin d'éviter qu'ils ne facturent à l'assurance maladie des spécialités qui ne sont en réalité pas remboursables.

Dans ce contexte, il est proposé une mesure dont l'objectif est de contribuer à rationaliser la prescription sur la liste en sus et d'en améliorer l'efficacité via une incitation financière positive : d'une part, en privilégiant la prescription des alternatives thérapeutiques prises en charge dans les tarifs d'hospitalisation dès lors qu'elles ne sont pas moins efficaces, d'autre part en incitant à déclarer, comme les textes le prévoient, toute prescription d'un produit de la liste en sus en dehors des indications de son AMM de façon à éviter une facturation indue à l'assurance maladie.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à valoriser financièrement la rationalisation de la prescription dans la liste en sus. Elle se décline en deux volets :

- d'une part, la création d'un forfait qui viendra en déduction du montant facturé à l'assurance maladie pour chaque séjour comportant la facturation d'au moins un médicament de la liste en sus. Sur chaque séjour, quel que soit le nombre d'unités communes de dispensation (UCD) facturées, une décote sera appliquée, à la charge de l'établissement et non du patient. Le montant de cette décote sera fixé par arrêté ;
- d'autre part, la réintégration dans les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) concernés de l'équivalent du rendement global du forfait, à comportement de prescription inchangé.

Le deuxième volet de la mesure garantit, qu'en moyenne, un établissement recevra le même niveau de recettes une fois la mesure mise en œuvre et sans ajustement de comportement (voir plus loin l'évaluation des impacts financiers au niveau des établissements qui montre qu'au niveau micro-économique l'impact est marginal à comportement inchangé). Toutefois, dès lors que l'établissement limitera ses prescriptions sur la liste en sus, au profit de produits intégrés dans les tarifs, beaucoup moins chers mais tout aussi performants, il enregistrera un gain en recettes correspondant à la différence entre le montant du forfait et le prix du produit « intra-GHS ».

Ainsi, l'objectif de la mesure n'est pas un rendement direct par le simple prélèvement du forfait mais une économie pour l'assurance maladie *via* une inflexion des comportements, qui jouera sur les volumes de médicaments prescrits en sus de manière inefficace. Le montant de la participation forfaitaire pourra être ultérieurement ajusté en fonction de l'évolution constatée des comportements des établissements de santé.

La mesure ne concernera pas l'ensemble des prestations d'hospitalisation mais sera appliquée uniquement à certains tarifs de prestations dont la liste sera fixée par arrêté. Les critères, cumulatifs, pour définir les tarifs retenus seront de deux ordres, afin de cibler les séjours où les pratiques de prescription inutilement coûteuses sur la liste sont les plus fréquentes et où par conséquent, les marges d'ajustement des comportements sont les plus grandes :

- les prescriptions de médicaments sur la liste en sus associés aux GHS concernés devront représenter au moins 15% de la dépense totale sur la liste en sus au niveau national ;
- dans ces GHS, la part des séjours qui donnent lieu à au moins une prescription sur la liste en sus au niveau national devra être de 25% au minimum.

b) Autres options possibles

Plusieurs scénarios alternatifs étaient envisageables.

• Radiations partielles :

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit dans la liste en sus la possibilité d'une gestion par indication. Jusqu'à l'introduction de cette disposition, un médicament était inscrit ou non sur la liste en sus pour l'ensemble des indications de son AMM, considérées comme un seul bloc indivisible du point de vue de la prise en charge par l'assurance maladie.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, la liste en sus précise systématiquement les indications prise en charge c'est-à-dire que chaque indication peut-être individuellement inscrite sur la liste ou être financée dans le GHS, indépendamment du traitement des autres indications du même médicament.

Les indications des médicaments de la liste en sus pour lesquelles il existe un traitement alternatif financé dans le GHS (c'est-à-dire celles dont la Haute Autorité de santé considère que l'amélioration du service médicale rendu est inexistante ou mineure – ASMR V ou IV) peuvent désormais être radiées.

Toutefois, cette solution n'est pas encore mise en œuvre pour les raisons suivantes :

- la gestion par indication de la liste en sus nécessite une évolution des système d'information à la fois des établissements de santé et de l'assurance maladie pour permettre un suivi des prescriptions et des remboursements indication par indication, suivi sans lequel tout contrôle *a priori* est impossible ; cette évolution suppose des développements informatiques lourds qui ne peuvent être opérationnels à très court terme ;
- une radiation partielle de l'indication d'une spécialité de la liste en sus n'entraîne pas de revalorisation du tarif des GHS concernés ; à comportement de prescription inchangé, elle entraîne donc d'une perte nette de recettes pour les établissements.

La mise en œuvre d'un forfait tel qu'il est proposé permet la mise en place d'un mécanisme d'incitation financière positive à une prescription plus efficiente, sans pénaliser les établissements les moins vertueux, au contraire d'une radiation partielle qui impliquerait un ajustement brutal des comportements pour limiter, sans toutefois l'annuler, la perte de recettes. La mesure proposée doit permettre d'ajuster progressivement les comportements et préparer ainsi les établissements aux futures radiations partielles.

• Mise en place d'une décote proportionnelle

Plutôt que la mise en place d'une décote forfaitaire sur la facturation d'un séjour au cours duquel est intervenue au moins une prescription d'un médicament financé en sus, une décote proportionnelle au prix du médicament (par exemple 10%) aurait pu être envisagée. L'idée d'une décote proportionnelle est de créer une incitation d'autant plus puissante que le médicament est cher et donc l'enjeu financier élevé pour l'assurance maladie.

Toutefois, cette option a été écartée pour les raisons suivantes :

- même en assurant une neutralité financière globale via une réintégration dans les tarifs du rendement de la décote proportionnelle, l'impact microéconomique aurait été très significatif sur certains établissements dont la patientèle est atteinte des pathologies dont les traitements sont les plus onéreux et donc la décote opérée la plus élevée ;
- une décote proportionnelle suppose des développements informatiques lourds et complexes puisqu'il faut relier la facturation du séjours à chaque prescription sur la liste en sus avec le tarif associé pour permettre le calcul de la décote pour chaque produit.

La solution d'un forfait unique apparaît bien meilleure sur ces deux plans, à la fois car son impact microéconomique est beaucoup moins variable d'un établissement à l'autre et parce qu'elle suppose une adaptation plus légère des système d'information (il suffit de repérer s'il y a eu prescription ou non sur la liste en sus pour appliquer ou non le forfait, sans avoir besoin de connaître le nombre de prescriptions ni les tarifs de remboursement associés).

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

Cette mesure ayant un effet sur les dépenses de l'année à venir, elle trouve sa place dans la quatrième partie de 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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Création d'un article L. 162-22-7-2 dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Pas de dispositions à abroger.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Il est raisonnable d'estimer que cette mesure fera baisser les volumes de la liste en sus de l'ordre de 2% dans les GHS les plus consommateurs de ces produits via une inflexion des comportements (un report de prescription vers des produits intra-GHS moins onéreux). L'économie correspondante peut être estimée à environ 35 M€ pour un montant de la participation fixé à 40 € (correspondant à 10% du tarif moyen des produits de la liste en sus prescrits dans les GHS les plus consommateurs). Toutefois, sous l'hypothèse que le dispositif n'entrera en vigueur qu'à compter du 1^{er} mars 2015 et compte tenu d'une montée en charge au fur et à mesure que les comportements des prescripteurs s'ajusteront, l'économie attendue pour la première année n'est plus que de 15M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			+ 15	+ 35	+ 35

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La création de cette participation génère une incitation financière à la prescription d'un médicament intra-GHS plutôt qu'à son équivalent dans la liste en sus, à performance thérapeutique égale.

L'intégration du montant de la minoration dans les tarifs, bien qu'assurant à comportement constant une neutralité globale pour les établissements, pourra se traduire par des gains ou des pertes de recettes établissement par établissement, selon le profil de leur patientèle. Toutefois, le niveau modéré de la participation et la hausse globale des tarifs toutes choses égales par ailleurs limiteront significativement l'impact à la baisse sur les recettes, qui pourra de plus être encore minoré *via* un ajustement du comportement des prescripteurs.

La simulation de l'impact économique de cette mesure sur les établissements de santé les plus concernés montre que l'impact est négligeable à l'échelle des établissements.

b) impacts sociaux

Cette mesure n'a pas d'impact sur les patients :

- elle n'a aucune conséquence financière sur les assurés, puisque le forfait ne leur est en aucun cas facturable ;
- elle n'a pas de conséquence en termes d'accès aux traitements puisque les établissements dont les prescripteurs ne souhaiteraient pas modifier leur comportement ne seront pas financièrement pénalisés.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes, n'ayant pas d'impact sur les assurés.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure n'a pas d'impact sur les assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Le montant de décote et les GHS visés par cette dernière devront être implémentés dans les systèmes d'information de l'ATIH et des caisses d'assurance maladie et il devra être procédé à une modification des bordereaux de facturation des établissements de santé privés par la CNAMTS. Une fois ces évolutions effectuées, le dispositif n'entraînera aucune charge administrative supplémentaire en fonctionnement courant.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cette mesure n'a pas d'impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques : les évolutions nécessaires sur les système d'information seront effectuées à moyen constant et en fonctionnement courant, le dispositif n'entraîne aucune charge supplémentaire.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un arrêté fixant le montant du forfait et la liste des prestations concernées devra être publié.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

L'implémentation du forfait dans les systèmes d'information de l'ATIH et des caisses d'assurance maladie et la modification des bordereaux de facturation des établissements de santé privés devront être effectuées.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure ne concernant pas directement les assurés ou cotisants, aucune information n'est prévue à leur égard.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi statistique de l'évolution de la part des séjours ayant donné lieu à une facturation sur la liste en sus (qui permettra d'estimer l'inflexion des comportements des prescripteurs) pourra être effectué sur la base des données produites en routine par l'ATIH.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p align="center">Nouvel article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicable aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 répondant aux conditions définies à l'alinéa ci-après, sont minorés d'un montant forfaitaire, lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus de cette prestation. Ce montant forfaitaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>La minoration forfaitaire s'applique aux prestations d'hospitalisation, pour lesquelles la fréquence de prescription de spécialités pharmaceutiques de la liste précitée est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et lorsque ces spécialités pharmaceutiques représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur cette même liste.</p> <p>La liste des prestations d'hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients.</p>

ARTICLE 45 - Accès des entreprises de taxis au conventionnement assurance maladie pour le transport assis de patients

I. Présentation de la mesure

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

Le transport assis de patients est assuré par des transporteurs sanitaires au moyen de véhicules sanitaires légers, ou par des entreprises de taxis conventionnées avec l'assurance maladie.

Les dépenses de transports ont progressé beaucoup plus vite que les autres postes de dépenses contenus dans l'ONDAM sur les 10 dernières années (augmentation de la dépense de +63% entre 2001 et 2010 pour le transport de malade contre +39,4% toutes dépenses confondues entrant dans le périmètre de l'ONDAM).

La part des transports réalisée par des taxis ne cesse de croître dans la dépense assurance maladie (+8% en moyenne par an) et représente désormais près de 40% de la dépense globale de transports sans qu'aucune mesure de régulation de l'offre de prestations de transports assis de patients réalisées par les taxis n'existe aujourd'hui.

Le pouvoir de délivrance d'autorisation de stationner, acte administratif permettant à une entreprise de développer une activité de transport de voyageur en taxis, relève des maires. Cette autorisation n'ouvre pas en elle-même droit au remboursement de la prestation de transport de malade, ce droit étant lié à la signature ultérieure d'une convention entre l'entreprise et l'assurance maladie, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

La loi prévoit que la convention nationale type servant de référence à la conclusion des conventions locales entre les caisses et les entreprises de taxis puisse imposer une durée minimale de détention d'une autorisation de stationner (ADS). La convention nationale type prise en 2008 précise que pour être conventionnée, l'entreprise de taxi doit disposer d'une autorisation de stationner depuis au moins deux ans. A l'exception de cette durée minimale d'autorisation, le directeur de caisse ne dispose d'aucun levier pour réguler l'accès au conventionnement des taxis. En pratique, les autorisations de stationnement accordées par les maires ouvrent donc automatiquement droit aux entreprises de taxis, au bout de 2 ans, au conventionnement avec la sécurité sociale et au transport remboursé de malades.

Cette question a été soulevée à plusieurs reprises, tant par la Cour des Comptes que plus récemment par le rapport de la mission parlementaire de concertation sur l'avenir de la profession de taxis. L'accroissement continu et non régulé du nombre de taxis conventionnés exerce une pression à la hausse sur la dépense d'assurance maladie puisque les tarifs des prestations sont entièrement réglementés : il contribue à la croissance des volumes, sans aucune pression à la baisse sur les prix en l'absence de concurrence possible sur les tarifs.

En effet, les tarifs des transports pris en charge par l'assurance maladie sont réglementés et fixés conventionnellement pour chaque catégorie de véhicules (dans le cas particulier des taxis, la négociation conventionnelle consiste en la fixation de remises qui viennent en déduction des tarifs arrêtés par les préfets).

Les données issues des systèmes d'information de l'assurance maladie montrent que le nombre moyen de taxis par habitant atteint 57 pour 100 000. Si l'on prend en compte l'ensemble de l'offre de véhicules assurant du transport de patients, c'est-à-dire ambulance, VSL et taxis, le nombre atteint 108 véhicules pour 100 000 habitant (23 pour les ambulances, 28 pour les VSL et 57 pour les taxis).

La répartition départementale montre une très forte hétérogénéité de l'offre et une corrélation très nette entre densité de taxi et montant moyen remboursé par habitant.

Or, à la différence des taxis, les transports sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers – VSL) font par ailleurs l'objet d'une politique de régulation du nombre de véhicules afin d'améliorer le volume global et la répartition locale de l'offre, et ainsi assurer une meilleure adéquation aux besoins de la population en matière de transport assis et allongé de patients.

Ainsi, la réglementation prévoit qu'au-delà d'un nombre de véhicules fixé par arrêté en fonction de besoins sanitaires de la population, aucune nouvelle autorisation de mise en service d'un véhicule de transport sanitaire ne peut être délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS).

Cette compétence du DGARS a, de plus, été récemment renforcée par un pouvoir d'appréciation en opportunité des demandes de transferts d'autorisations, à la suite de la cession ou de la modification de l'implantation et de la catégorie du véhicule de transport sanitaire.

En conséquence, afin de contenir l'augmentation des dépenses d'assurance maladie affectées au transport de patient, l'offre de taxis conventionnés pour effectuer du transport de malades doit impérativement être mieux maîtrisée.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à ouvrir la possibilité pour les directeurs de caisses d'assurance maladie de refuser une demande de conventionnement d'un taxi bénéficiaire d'une nouvelle autorisation de stationnement sur la base de critères fixés par un décret en conseil d'Etat et tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients.

b) Autres options possibles

De manière alternative, il aurait pu être proposé de modifier la convention nationale type de 2008 pour renforcer les conditions d'accès au conventionnement. Toutefois, compte tenu de l'habilitation donnée par la loi, le seul levier mobilisable pour réguler l'offre de transport aurait été l'accroissement de la durée minimale d'exploitation de l'ADS nécessaire pour ouvrir droit au conventionnement avec l'assurance maladie. La convention prévoit actuellement une durée d'exploitation de deux ans pour permettre d'accéder au conventionnement. Il aurait pu être envisagé de l'allonger à cinq ans par exemple.

Compte tenu de la promulgation de la loi 2014-1104 du 1^{er} octobre 2014 relative aux taxis et aux voitures de transport avec chauffeur, rénovant dans son article 6 le régime des autorisations de stationnement en les rendant incessible et d'une durée maximale de 5 ans renouvelable dans des conditions fixées par décret, une telle option devient sans objet.

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

Du fait de son impact sur les dépenses de l'assurance maladie en raison de la limitation de l'effet volume lié à l'entrée de nouveaux véhicules taxis sur le secteur du transport assis de patients, la mesure proposée relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale, en application du 1^o et du 2^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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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'article L.322-5 du code de la sécurité sociale est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Département d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure directement applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le parc de taxis conventionnés correspondait en 2012 à 36 115 véhicules et, à fin 2013, à 37 100 véhicules pour 26 600 entreprises. Le nombre de véhicules a donc augmenté de 2,7% entre ces deux exercices.

Une analyse rétrospective montre qu'en moyenne, la progression annuelle du nombre de véhicules est de 3% sur les trois dernières années soit de l'ordre de 1 000 véhicules par an.

Par ailleurs, le volume total de transports réalisés par des taxis conventionnés progresse en moyenne de 5,6% sur les trois dernières années, avec une augmentation de 4,7% entre 2012 et 2013, et s'établit à environ 22,5 millions de transports¹.

La dépense annuelle d'assurance maladie par taxi conventionné est estimée à 38 700 € en 2014. Dès lors, l'économie théorique maximale qui serait générée par un arrêt total des conventionnements de véhicules bénéficiaires d'une nouvelle ADS, sous l'hypothèse d'une absence de déport d'activité vers les autres entreprises, est estimée à environ 39 M€. Toutefois, une partie importante de l'activité se reportera naturellement vers les taxis déjà conventionnés.

Pour chiffrer l'économie liée à la mesure, il convient donc d'estimer, dans l'effet volume global, la part qui serait effectivement supprimée du fait de la limitation d'une nouvelle offre. Ce gain proviendrait de plusieurs sources :

- un report d'une partie de l'activité vers les véhicules sanitaires légers - VSL - (en tenant compte de la capacité à améliorer la productivité des véhicules) une meilleure organisation locale des transports : la surabondance de l'offre dans certains territoires est un frein au développement de modes d'organisations des transports plus efficaces (transports regroupés notamment) ;
- le recours alternatif à un véhicule personnel.

Au final, on estime que l'économie annuelle effective ne pourra excéder 25% de l'économie théorique maximale, soit environ 10 M€ par an.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régimes de base d'assurance maladie			+10	+20	+30

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

¹ Les transports facturés en tarif C peuvent être sous estimés (nombre de trajets aller ou aller et retour non identifiés).

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure pourrait réduire le potentiel de croissance des entreprises de taxis qui disposeraient à l'avenir d'une nouvelle autorisation de stationnement mais qui se verraient refuser le conventionnement avec l'assurance maladie. Cependant, il faut rappeler que les entreprises de taxis ont une activité de transport de passager (maraude ou réservé) et peuvent également développer des activités type ramassage scolaire.

b) impacts sociaux

Cette mesure est sans impact social.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure est sans impact sur les assurés et redevables.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure renforcera les échanges entre l'ARS et la CPAM afin d'échanger sur le nombre de véhicules affectés au transport de patient déjà autorisés et conventionnés ainsi que sur la politique régionale de régulation des entreprises de transports sanitaires.

c) impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée à moyens constants dans les caisses de sécurité sociale et les ARS.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mesure nécessite un décret en conseil d'Etat pour préciser la nature des critères permettant au directeur de l'organisme d'assurance maladie de refuser une demande de conventionnement des entreprises de taxis bénéficiaires d'une nouvelle autorisation de stationnement.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure nécessite la diffusion d'instructions aux caisses de sécurité sociale (lettre réseau) les informant des motifs de refus qu'elles peuvent invoquer.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information auprès des assurées n'est prévue.

d) Suivi de la mise en œuvre

Aucun dispositif ou indicateur spécifique de suivi ne sera mis en œuvre. Les statistiques recensant notamment les effectifs de véhicules de taxi conventionnés avec l'assurance maladie continueront d'être produites et suivies en routine par les administrations compétentes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 322-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 322-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.</p> <p>Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.</p>	<p>Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.</p> <p>Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.</p> <p>L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis, lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné, sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>

ARTICLE 46 – Duplication du dispositif de « l'écart médicament indemnisable » sur les produits de rétrocession

I. Présentation de la mesure

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

Aujourd'hui, le remboursement des produits inscrits sur la liste « rétrocession » (médicaments utilisés en ambulatoire mais délivrés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et dont les dépenses sont comptabilisées sur l'ONDAM ville) est effectué sur la base du prix de cession publié par le comité économique des produits de santé. Le remboursement est donc en pratique égal au prix publié, quel que soit le prix d'achat réel du produit par les établissements de santé. Lorsque la différence entre le prix de cession et le prix d'achat, résultant de la négociation entre l'établissement de santé et le laboratoire, est positive, elle est conservée en intégralité par l'établissement, qui est donc « sur-remboursé » par l'assurance maladie.

La situation sur les produits de la liste en sus est comparable, car 100% du tarif fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) est remboursé, alors que ce tarif peut être différent du prix d'achat négocié par les établissements. Toutefois, un dispositif dit de « l'écart médicament indemnisable » (EMI) a été mis en place, qui rend à l'assurance maladie la moitié de l'écart de prix, lorsqu'il est positif. L'incitation financière pour l'établissement à négocier les prix d'achat les plus bas possibles demeure car il conserve de son côté l'autre moitié de la remise.

La mesure vise donc à instaurer un dispositif équivalent à celui des produits de la liste en sus pour les médicaments inscrits sur la liste de rétrocession, avec le double objectif de conserver une incitation financière importante pour les établissements à négocier les meilleurs prix et pour l'assurance maladie de rationaliser ses dépenses de produits de santé en les remboursant au plus juste prix.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste en une extension de l'EMI aux médicaments de la liste rétrocession. En cas de négociation d'un prix d'achat inférieur au prix de cession publié par le CEPS, une partie de la différence serait conservée par l'établissement et l'autre partie reviendrait à l'assurance maladie (minorant à due concurrence le remboursement). L'hypothèse retenue est la fixation de ce taux à 50% correspondant au taux en vigueur dans le dispositif existant pour la liste en sus.

b) Autres options possibles

Une autre option possible consisterait à considérer que l'assurance maladie ne doit prendre à sa charge que le coût réel des médicaments, soit leur prix d'achat par les établissements et donc limiter son remboursement à ce montant.

Toutefois, cette option est écartée car il est important de conserver un mécanisme d'incitation financière puissante au bénéfice des établissements de santé qui négocient les prix les plus bas possible. Sans un mécanisme de ce type, ils n'auraient plus aucun intérêt économique à agir sur les prix.

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

Cette mesure d'économie a un impact sur les dépenses de l'assurance maladie de l'année à venir et donc s'inscrit dans la partie 4 du PLFSS en vertu des dispositions du 1° et 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 car il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et enfin, la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Création d'un II à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition n'est abrogée.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

En l'absence d'application de l'EMI sur les médicaments de la liste rétrocession, les prix d'achat de ces spécialités par les établissements de santé ne sont pas connus. L'évaluation financière qui suit repose, à défaut, sur des hypothèses extrapolées à partir des écarts prix / tarifs de remboursement constatés sur la liste en sus pour les établissements de santé publics. Pour ceux-ci, l'EMI positif représente, en 2013, 0,8% de la dépense de la liste en sus. Ce pourcentage appliqué à la rétrocession représenterait un écart global de 25 M€ entre prix d'achat et prix de cession (hors marge), soit une économie estimée à environ 12,5 M€ pour l'assurance maladie, ce qui correspond à la moitié de l'écart prix / tarif auquel il faut appliquer le ticket modérateur : on retient l'hypothèse d'une prise en charge en moyenne de l'ordre de 95%, la quasi-totalité des patients utilisant des produits de la liste rétrocession étant atteints d'une affection de longue durée (ALD) et donc pris en charge à 100%. Dans l'hypothèse d'une entrée en vigueur au 1^{er} juillet, l'économie attendue en 2015 peut être estimée à environ 6 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régimes de base d'assurance maladie			+6	+12	+12

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

L'impact économique sur les établissements de santé est globalement de 12,5 M€ en année pleine, ce qui représente en moyenne 0,015% de leurs recettes en provenance de l'assurance maladie. Cette mesure est donc financièrement supportable par les établissements de santé sans menacer leur équilibre financier.

b) impacts sociaux

Cette mesure a un impact financier légèrement favorable sur les assurés consommateurs de médicaments sur la liste rétrocession qui ne sont pas atteints d'une affection de longue durée puisqu'elle va diminuer leur reste à charge lorsque le dispositif trouvera à s'appliquer, c'est-à-dire lorsque le prix d'achat du médicament sera inférieur au tarif de remboursement : le ticket modérateur étant calculé alors sur une base réduite de la moitié de l'écart entre le prix d'achat et le tarif. Toutefois, compte tenu du taux d'adhésion très élevé de la population à une complémentaire santé, ce sont en réalité les organismes complémentaires qui bénéficieront la plupart du temps de la baisse du montant à rembourser.

Il faut souligner que cette mesure ne pourra en aucun cas conduire à l'augmentation du reste à charge des assurés.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

L'impact financier favorable sur les assurés s'appliquera à l'identique pour les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure n'entraîne aucune charge ou démarche administrative nouvelle pour les assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Les systèmes d'information des établissements de santé devront être adaptés à la marge pour tenir compte de cette nouvelle disposition.

Les caisses d'assurance maladie devront implémenter dans leurs bases l'EMI pour les produits de rétrocession et permettre d'identifier les prix d'achat afin de procéder au calcul des nouveaux tarifs de remboursement à appliquer le cas échéant.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cette mesure sera implémentée et gérée en routine dans le cadre des moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un arrêté fixant le taux d'EMI devra être pris.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Compte tenu du temps nécessaire à la modification des systèmes d'informations, la mesure devrait être mise en œuvre à compter du 1^{er} juillet 2015.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité d'information n'est prévue pour les assurés, qui ne sont concernés par cette mesure que de façon marginale.

d) Suivi de la mise en œuvre

Aucun indicateur spécifique n'est à prévoir pour suivre la mesure. Le suivi des dépenses par les caisses nationales d'assurance maladie permettra d'en suivre l'application.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-16-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-16-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I. Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application 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.</p> <p>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</p>	<p>I.- Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application 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.</p> <p>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</p>

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Un accord conclu à cet effet entre le comité 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 par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Un accord conclu à cet effet entre le comité 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 par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>II.- Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, au prix de cession fixé en application du deuxième alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.</p>
---	--

ARTICLE 47 – Publication des tarifs de responsabilité des produits de santé de manière simultanée à leur inscription sur la liste en sus

I. Présentation de la mesure

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

Les établissements peuvent acheter des produits de santé et les faire prendre en charge par l'assurance maladie dès leur inscription sur la « liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics » (liste « collectivités ») pour les médicaments ou dès l'obtention du marquage « CE » pour les dispositifs médicaux.

Le financement par l'assurance maladie des produits de santé utilisés en milieu hospitalier repose en principe sur les tarifs des prestations d'hospitalisation fixés dans le cadre de la tarification à l'activité (tarifs des groupes homogènes de séjours « GHS »). A titre exceptionnel et en principe temporaire, les produits de santé coûteux d'utilisation hétérogène qui ne peuvent être financés par le biais des tarifs des GHS sont inscrits sur une liste de produits facturables à l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation (liste « en sus »). Cette liste représente donc une modalité de financement particulière pour les produits de santé particulièrement onéreux et innovants.

Aujourd'hui, l'inscription d'un produit sur la liste en sus fait l'objet d'un arrêté d'inscription des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale publié au Journal Officiel. Cette publication fait courir le délai dont dispose le laboratoire pour déclarer au CEPS un prix de vente aux établissements de santé, qui a vocation à constituer la base de prise en charge par l'assurance maladie (ou tarif de responsabilité¹). Selon la procédure fixée par l'accord-cadre médicament, le CEPS et le laboratoire disposent en théorie de 75 jours à compter de la publication de l'arrêté d'inscription sur la liste en sus pour négocier (et publier) le montant de ce tarif de responsabilité.

Le financement du produit en sus par l'assurance maladie est assuré dès l'inscription sur la liste, que la publication du tarif de responsabilité soit intervenue ou non. Ce mécanisme n'incite pas le laboratoire à conclure rapidement sa négociation tarifaire avec le CEPS puisque, dans l'attente de cette publication, le produit est intégralement pris en charge par l'assurance maladie, au niveau du prix d'achat par les établissements, librement fixé par l'entreprise. Or, pendant cette période, en l'absence de référence tarifaire publiée au Journal officiel, les établissements de santé n'ont pas toute l'information nécessaire pour mener le plus efficacement possible la négociation de leur prix d'achat du produit avec le laboratoire.

Aussi, il est aujourd'hui nécessaire de réexaminer certaines règles pour rééquilibrer les négociations entre les laboratoires et le CEPS, d'une part, et les établissements de santé, d'autre part.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de rendre concomitantes la publication de l'arrêté d'inscription en sus et la publication de l'avis fixant le tarif de responsabilité du produit, et d'inscrire les échanges entre le CEPS et les laboratoires dans un véritable processus conventionnel dont les délais seront strictement encadrés pour en garantir la fluidité :

- la demande d'inscription et le dépôt de prix seront déposés en parallèle par les laboratoires respectivement auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et auprès du CEPS ;
- la publication des textes devra intervenir dans un délai maximum de 180 jours à compter de la date de réception de la demande d'inscription sur la liste en sus (durée éventuellement majorée de 15 jours pour laisser au CEPS le temps matériel de publier un avis de prix unilatéral en cas d'échec de la voie conventionnelle) ;
- il sera également prévu un délai de 90 jours pour fixer le prix, à compter de la publication de l'avis d'évaluation de la commission de la transparence ou de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.

b) Autres options possibles

Une alternative serait d'interdire le remboursement, tant que l'avis de prix n'est pas publié. Toutefois une telle solution aurait pour conséquence de retarder en pratique l'accès des patients à des traitements innovants (dès lors qu'ils n'auraient pas bénéficié en amont de leur AMM d'une autorisation temporaire d'utilisation octroyée par l'ANSM). C'est pourquoi elle a été écartée.

¹ Le tarif de responsabilité égal au prix déclaré par le laboratoire sauf si le CEPS s'oppose à ce prix. Dans ce cas, le tarif de responsabilité est égal au prix publié par le CEPS.

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

Cette mesure représente une économie pour l'assurance maladie. Dès lors qu'elle a un effet sur les dépenses de l'année à venir, elle trouve sa place dans la quatrième partie 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Il est procédé à la modification de plusieurs articles du code de la sécurité sociale (L. 162-22-7, L. 162-16-6 et L. 165-2).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure directement applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	mesure directement applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact de la mesure est estimé à partir des données les plus récentes disponibles, portant sur l'année 2012 : les nouvelles molécules inscrites sur la liste en sus en 2012 ont représenté une dépense de 40 M€ lors de leur première année pleine d'inscription (données ATI, traitement DSS).

Dans la mesure où, entre l'inscription et la fixation du prix, il arrive dans un certain nombre de cas que le produit soit transitoirement remboursé sur la base d'un prix d'achat par les établissements de santé supérieur au tarif de remboursement publié ultérieurement (l'écart entre prix de vente et tarif étant estimé en moyenne à 25%), sous l'hypothèse d'un délai moyen de 120 jours entre l'inscription et la tarification du produit, une économie de 4,3 M€ serait générée dès 2015 pour les régimes d'assurance maladie.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régimes de base d'assurance maladie			+4,3	+4,3	+4,3

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Compte tenu de l'impact financier très limité de la mesure proposée, elle n'aura pas d'impact économique significatif sur l'industrie du médicament.

b) impacts sociaux

La mesure proposée n'a aucun impact sur les assurés, puisqu'elles concernent des produits pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure proposée n'a pas d'impact sur les assurés et donc sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure n'a pas d'impact sur les assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette procédure facilitera la gestion des caisses d'assurance maladie des produits de la liste en sus dans les systèmes d'information car elle permet de mettre sur les fichiers « Ameli » le produit et le prix avec une même date d'application et dispense donc celles-ci de faire la veille de la publication des avis de prix de produits déjà inscrits.

c) impacts sur le budget et l’emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cette mesure n’entraîne aucune charge supplémentaire et n’a donc pas d’impact sur le budget et l’emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

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

a) Liste de tous les textes d’application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Cette mesure ne nécessite aucun texte d’application.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure ne nécessite pas une mise en œuvre particulière nouvelle par les caisses de sécurité sociale. Elle ne concerne par ailleurs pas les assurés. Elle s’appliquera à compter du 1^{er} janvier 2015.

c) Modalités d’information des assurés ou cotisants

Aucune information n’est nécessaire

d) Suivi de la mise en œuvre

Aucun dispositif particulier de suivi ou d’évaluation ne sera mis en œuvre pour cette mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-16-6 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-16-6 modifié du code de la sécurité sociale
<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>I. - Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé 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 au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quarantevingt dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. A défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés ci-dessus, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivants. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif publié par le-à la décision du-comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision publication. La</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 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>(...)</p>	<p>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 <i>à cet effet</i> 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 notamment <i>la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité</i>; les conditions dans lesquelles les prix-tarifs 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 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>(...)</p>
<p>Article L. 162-22-7 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 162-22-7 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.- L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.</p> <p>(...)</p>	<p>I.- L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.</p> <p>(...)</p>
<p>Article L. 165-2 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>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</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</p>

<p>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 produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation</p>	<p>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 produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.</p> <p>La publication du tarif des produits ou prestations mentionnées à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public.</p>
---	--

I. Présentation de la mesure

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

Afin d'assurer le respect de l'ONDAM, un mécanisme de réserve prudentielle a été mis en place sur une large partie des financements des établissements de santé, à travers la mise en place de gels prudentiels sur les tarifs des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et sur dépenses sous enveloppe fermée (dotations annuelles de fonctionnement et missions d'intérêt général et aides à la contractualisation).

De ce fait, ce dispositif ne s'applique pas au secteur des établissements de santé privés à but lucratif et à but non lucratif, conventionnés avec l'assurance maladie ayant une activité en soins de suite et réadaptation ou en psychiatrie et relevant de l'objectif quantifié national (OQN).

C'est pourquoi il apparaît aujourd'hui indispensable de le faire participer au respect de l'ONDAM en introduisant un mécanisme de régulation de cette enveloppe ouverte et particulièrement dynamique.

La mise en place d'un tel mécanisme de régulation impose l'intervention du législateur pour permettre au pouvoir réglementaire de mettre en réserve des crédits directement préemptés sur l'enveloppe OQN.

Par ailleurs, la mesure a pour objectif de sécuriser l'application du coefficient prudentiel relatif à l'activité MCO des hôpitaux d'instruction des armées (SSA) et ainsi faire un lien entre ces établissements et le mécanisme de régulation introduit par loi de financement pour 2013.

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

a) Mesure proposée

Il s'agit de préempter une masse financière sur l'enveloppe OQN qui sera mise en réserve et qui pourra être versée en cours d'année aux établissements du champ OQN en cas de respect de l'ONDAM et après avis du comité d'alerte.

Concernant le lien entre le coefficient prudentiel MCO et le SSA, il s'agit de viser l'article L. 162-22-9-1 (instituant le mécanisme de régulation) dans l'article L. 174-15, base juridique du régime dérogatoire du SSA.

b) Autres options possibles

L'extension du mécanisme du coefficient prudentiel mis en place dans le champ MCO par la LFSS pour 2013 a été envisagée mais se révèle peu adaptée au modèle OQN.

En effet, contrairement au champ MCO, les tarifs OQN ne sont pas fixés par voie réglementaire. Ces derniers sont fixés par le directeur général de l'agence régionale de santé par voie d'avenant financier au CPOM. Le ministère ne vient fixer que des taux d'évolution annuels des tarifs propres à chaque région.

Dès lors, le seul mécanisme économiquement et juridiquement possible est de préempter une masse qui sera prise en compte par le Ministère en amont de la fixation des taux d'évolutions régionaux des tarifs. C'est dans un second temps, à l'aune de ces taux, que chaque DG d'ARS fixera les tarifs des établissements.

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

La mesure contient des dispositions concernant l'organisation et la gestion des régimes et de leurs fonds de financement, qui ont pour objet ou pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale (au sens du 3° du C du V de l'art. L.O 111-3 du code de la sécurité sociale).

En effet, la mise en réserve prudentielle de crédit est de nature à participer à garantir l'équilibre financier de la sécurité sociale. Ainsi, à titre d'illustration, 8,2 M€ pourraient être mis en réserve en 2015 sur l'enveloppe OQN (pourcentage identique à celui fixé en 2014 pour le coefficient prudentiel dans le champ MCO).

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

Les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

Non.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L. 162-22-3 et L.174-15 du code de la sécurité sociale.

Création de l'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	Mesure applicable
<i>Mayotte</i>	Mesure non applicable
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	Mesure applicable
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	Mesure applicable
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
			+8,2M€	+8,2M€	+8,2M€

En cas de non reversement de la mise en réserve prudentielle, les dépenses d'assurance maladie relatives à l'OQN seraient minorées d'un montant équivalant à cette mise en réserve. Ainsi, si on appliquait à l'OQN une mise en réserve d'un niveau identique à celle opérée en 2014 sur les tarifs du champ MCO, cet impact serait de l'ordre de 8,2 M€.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Néant.

b) impacts sociaux

Néant.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Néant.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Néant.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Néant.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Néant.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

- Décret en Conseil d'Etat pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé (1^{er} trimestre 2015).
- Arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale fixant le montant préempté mis en réserve sur l'enveloppe OQN (1^{er} trimestre 2015).

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Néant.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant.

d) Suivi de la mise en œuvre

Néant.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale (nouvel article)
	<p>I. - Lors de la détermination annuelle de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cette part peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.</p> <p>II. - Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé mentionnés au d et au e de l'article L. 162-22-6, tout ou partie de la dotation mise en réserve en application du I, en fonction des montants versés par l'assurance maladie à chacun de ces établissements au titre de l'année pour laquelle l'objectif a été fixé.</p> <p>La part de la dotation ainsi versée peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.</p> <p>III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>
Article L. 162-22-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-22-3 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I.-Chaque année, l'Etat détermine :</p> <p>1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;</p> <p>2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;</p> <p>3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.</p> <p>II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de santé, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, par établissement et par nature d'activité.</p> <p>II bis.-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 de dépenses d'assurance maladie en application</p>	<p>I.-Chaque année, l'Etat détermine :</p> <p>1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2 et au I de l'article L. 162-22-2-1. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;</p> <p>2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;</p> <p>3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.</p> <p>II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de santé, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, par établissement et par nature d'activité.</p> <p>II bis.-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 de dépenses d'assurance maladie en application</p>

<p>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 l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2.</p> <p>III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p>	<p>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 l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2.</p> <p>III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p>
<p align="center">Article L. 162-22-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 162-22-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-Les tarifs des prestations afférents aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.</p> <p>Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mars de l'année en cours.</p> <p>II.-L'Etat fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6.</p>	<p>I.-Les tarifs des prestations afférents aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.</p> <p>Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mars de l'année en cours.</p> <p>II.-L'Etat fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6.</p> <p>Ces tarifs sont établis en prenant en compte les effets de la constitution de la dotation mise en réserve en vertu du I de l'article L. 162-22-1.</p>
<p align="center">Article L. 174-15 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 174-15 (modifié) du code de la sécurité sociale</p>
<p>Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.</p> <p>Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.</p> <p>Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.</p>	<p>Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L.162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.</p> <p>Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.</p> <p>Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.</p>

ARTICLE 49 - Renforcement du pilotage de la dépense d'assurance maladie relative aux soins urgents

I. Présentation de la mesure

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

Les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour recueillir le bénéfice de l'aide médicale d'Etat (AME) peuvent relever du dispositif des soins urgents (SU) s'ils nécessitent des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

L'Etat verse chaque année à la CNAMTS une dotation forfaitaire destinée à couvrir les frais engagés par l'assurance maladie au titre des soins urgents. Cette dotation forfaitaire est fixée à 40 M€ depuis 2008. Les dépenses prises en charge par la CNAMTS se sont élevées à 129 M€ en 2013, en augmentation de 8 % par rapport à 2012 et de 49 % par rapport à 2008. Le taux de couverture des dépenses de soins urgents par l'Etat s'est donc considérablement dégradé au cours des dernières années passant de 50 % sur la période 2008-2010 à 30 % en 2013, du fait de la stabilité de la dotation Etat et de la très forte dynamique de la dépense de soins urgents.

Les règles de tarification et de facturation de ces soins sont dérogatoires du droit commun :

- les séjours réalisés dans le cadre des soins urgents sont facturés à l'assurance maladie sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP), alors que la tarification sur la base des tarifs nationaux appliqués pour la tarification à l'activité constitue désormais la règle, y compris pour les patients relevant de l'AME. Cela conduit à des coûts majorés pour l'assurance maladie ;
- en l'absence de disposition spéciale, le délai de facturation est le délai de prescription de cinq ans figurant dans le code civil, ce qui complique le suivi de la dépense et l'explicitation de ses déterminants, pourtant indispensables à un pilotage efficient de ce dispositif.

L'objectif de la mesure est de renforcer le pilotage de la dépense afférente aux soins urgents en rapprochant ce dispositif du droit commun, sans aucune conséquence sur l'accès à ces soins vitaux pour les populations concernées.

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

a) Mesure proposée

La mesure s'appuie sur deux leviers.

• Le rapprochement des règles de tarification des soins urgents du droit commun

La mesure proposée prévoit dans un premier temps de rapprocher les règles de tarification des soins urgents du droit commun, conformément à la réforme qui a été mise en œuvre pour l'AME en 2012. Les séjours réalisés dans le cadre des soins urgents seraient désormais facturés sur la base des tarifs nationaux, c'est-à-dire sur une base correspondant à 80 % du GHS (groupe homogène de séjour) + 20 % du TJP.

• L'alignement du délai de facturation des soins urgents sur celui de l'aide médicale d'Etat

La mesure doit permettre aussi de préciser les délais de facturation applicables aux soins urgents en les rapprochant du droit commun, via un alignement sur le délai applicable à l'AME, soit 2 ans actuellement.

La mesure s'applique aux prestations réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015. Ainsi, seule la facturation des séjours hospitaliers s'achevant à compter du 1^{er} janvier 2015 et des actes et consultations effectués à compter de cette même date seront soumis au délai de forclusion de deux ans.

b) Autres options possibles

De manière alternative, la tarification des soins urgents pourrait être réalisée sur une base « 100 % GHS ». Cette option n'a pas été retenue pour les raisons suivantes :

- la tarification de droit commun repose sur une répartition 80 % GHS et 20 % TJP. Passer à une tarification intégralement réalisée sur la base des groupes homogènes de séjours maintiendrait les soins urgents dans une situation dérogatoire contrairement à l'objectif poursuivi ;

- dans l'attente de la mise en œuvre de la facturation directe et individuelle des établissements de santé (FIDES) à horizon 2018, la tarification des séjours sur une base 100 % GHS créerait d'importantes difficultés en termes de contrôle de l'ouverture des droits¹ ;
- en outre, cette option entraînerait une perte de recettes de 15 M€ supplémentaires pour les établissements de santé concernés.

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

Du fait de son impact sur les dépenses de l'assurance maladie, notamment en raison de la modification des règles de facturation des soins urgents, la mesure proposée relève de la loi de financement de la sécurité sociale, au sens du 1^{er} et du 2^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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 modifie l'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles et les articles L. 162-22-11 et L. 162-22-11-1 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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure non applicable

¹ En effet, pour les établissements de santé antérieurement sous dotation globale, la valorisation des factures en GHS est actuellement réalisée de manière globale et anonymisée par l'ATIH, ce qui exclut toute possibilité de contrôle avant liquidation. La facturation sur la base des TJP est pour sa part réalisée dans le cadre d'une facturation directe à l'assurance maladie, avec un contrôle des droits avant liquidation. Le maintien d'une fraction de la tarification des séjours de soins urgents sur la base des TJP permet ainsi de préserver une capacité de contrôle sur une partie du flux et de détecter d'éventuels problèmes d'ouverture des droits.

Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La modification des règles de tarification des soins urgents aura un impact financier direct sur les comptes de la CNAMTS et contribuera à améliorer le solde de la branche maladie.

En effet, les tarifs journaliers de prestation (TJP) sont en moyenne 50 % supérieurs aux tarifs nationaux GHS. Le passage de la tarification actuelle sur la base des TJP à une tarification semblable à celle des séjours AME (80 % GHS + 20 % TJP) générerait une économie de l'ordre de 50 M€, qui devra être absorbée par les établissements hospitaliers.

En ce qui concerne la réduction du délai de facturation, les établissements de santé concernés devront faire évoluer leurs organisations pour se mettre en situation de facturer dans les délais prévus par la réglementation. On estime toutefois que le stock actuel de factures correspondant aux soins urgents non émises deux ans après la réalisation de la prestation représente environ 6 M€ soit 5 % de la dépense annuelle totale. En faisant l'hypothèse que la résorption totale de ce stock s'effectuera sur deux exercices, elle génèrera un surcroît de dépense transitoire de 4 M€ en 2015 et 2 M€ en 2016.

Cette mesure permettra en revanche de renforcer le suivi et le pilotage de la dépense en évitant les effets report liés aux retards importants dans la facturation. L'impossibilité actuelle de mesurer précisément la contribution à la dynamique de la dépense de chacun de ces déterminants est un frein majeur à sa maîtrise.

Le dispositif des soins urgents n'étant remboursé par l'Etat à l'assurance maladie que sur une base forfaitaire laissant subsister un important reste à charge pour l'assurance maladie, la réduction des dépenses de soins urgents a un effet direct sur les dépenses de l'assurance maladie.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régimes de base d'assurance maladie			+ 46	+ 48	+ 50

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Les économies pour l'assurance maladie correspondent à autant de pertes de recettes pour les établissements de santé qu'ils devront absorber. Cet impact ne sera pas uniforme selon les établissements puisque les bénéficiaires de soins urgents ne se répartissent pas de manière égale sur le territoire.

b) impacts sociaux

Cette mesure est sans impact social, ne modifiant aucunement les conditions d'accès aux soins des populations concernées.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impact sur les redevables notamment en termes de démarches, de formalités ou de charges administratives

Cette mesure n'aura aucun impact sur les bénéficiaires de soins urgents.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure implique, pour les principaux établissements concernés, d'accélérer le processus de facturation des prestations réalisées dans le cadre des soins urgents.

La mise en œuvre opérationnelle de ces mesures impliquera plusieurs ajustements pour les établissements de santé et les caisses d'assurance maladie :

- une évolution des systèmes d'information des centres hospitaliers, de l'ATIH et de la CNAMTS, afin de tenir compte de l'évolution de la base de facturation des soins urgents ;
- un renforcement du dispositif de traitement des demandes au titre de l'AME ou des soins urgents au sein des CPAM afin de raccourcir les délais de réponse et permettre aux établissements de facturer effectivement dans un délai de deux ans.

c) impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Les adaptations nécessaires à la mise en œuvre de la mesure devront être gérées à moyens constants dans les administrations et caisses de sécurité sociale.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La réforme des règles de tarification des soins urgents nécessite de modifier l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat pour l'élargir aux soins urgents.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure est applicable à compter du 1^{er} janvier 2015. Pour les prestations réalisées antérieurement à cette date, le délai dans lequel les demandes en paiement doivent être présentées sous peine de forclusion continuera de courir jusqu'au terme prévu en application de l'article L. 2224 du code civil (cinq ans), sans pouvoir toutefois excéder le 31 décembre 2016.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Des instructions seront diffusées auprès des agences régionales de santé et également auprès des établissements de santé. Parallèlement, une lettre réseau sera adressée au sein des caisses d'assurance maladie.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la mesure sera suivie dans le cadre du suivi des dépenses relatives aux soins urgents (à la fois mensuel et annuel). Aucun indicateur spécifique supplémentaire ne sera mis en œuvre.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 254-2 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L. 254-2 modifié du code de l'action sociale et des familles
Les établissements de santé facturent à la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale la part des dépenses prises en charge par l'Etat pour les soins dispensés au titre des articles L. 251-1 et L. 254-1.	Les établissements de santé facturent à la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale la part des dépenses prises en charge par l'Etat pour les soins dispensés au titre des articles L. 251-1 et L. 254-1 dans le délai mentionné à l'article L. 253-3.
Article L. 162-22-11 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-22-11 modifié du code de la sécurité sociale
Dans les établissements mentionnés aux a à 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 même I, 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 du présent code et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.	Dans les établissements mentionnés aux a à 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 même I, 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 du présent code et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 251-1 des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.
Article L. 162-22-11-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-22-11-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, sur :</p> <p>1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ;</p> <p>2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ;</p> <p>3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients.</p> <p>La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte :</p> <p>a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;</p> <p>b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.</p>	<p>Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 251-1 des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, sur :</p> <p>1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ;</p> <p>2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ;</p> <p>3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients.</p> <p>La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte :</p> <p>a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;</p> <p>b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.</p>

ARTICLE 50 – Dispositions relatives à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affectations iatrogènes et des infections nosocomiales

I. Présentation de la mesure

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

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) considèrent de manière constante que seuls les actes de chirurgie esthétique à visée thérapeutique, à l'exclusion de ceux de pure convenance personnelle, peuvent être qualifiés d'actes de soins et ouvrir droit à l'accès aux CCI et à l'indemnisation, au titre de la solidarité nationale, dans les conditions des articles L. 1142-1 et suivants du code de la santé publique (CSP). Cette position était suivie par une majorité de juridictions du fond.

Par un arrêt rendu le 5 février 2014, la Cour de cassation a invalidé cette position. Dans un cas d'espèce où se posait la question de savoir si un acte préparatoire (injection de sédatif avant l'anesthésie) à un acte de chirurgie esthétique sans visée thérapeutique à l'origine du décès de la patiente était un acte de soins au sens de l'article L. 1142-1 précité, elle a jugé que « *les actes de chirurgie esthétique, quand ils sont réalisés dans les conditions prévues aux articles L. 6322-1 et L. 6322-2 du code de la santé publique, ainsi que les actes qui leur sont préparatoires, constituent des actes de soins au sens de l'article L. 1142-1 du même code* ».

S'il ne s'agit pas de contester la qualification d'acte de soins des actes à visée esthétique pour exclure l'intervention de l'ONIAM pour l'indemnisation des dommages consécutifs à ces actes, il s'agit toutefois de s'interroger sur la légitimité de son intervention pour ces actes qui sont de pure convenance personnelle. En effet, Le législateur a fait le choix de réserver l'intervention de la solidarité nationale aux personnes les plus gravement atteintes. Dès lors, il semble difficile de justifier que la loi puisse exclure du dispositif des victimes d'actes de soins imposés par des intérêts vitaux lorsque le préjudice n'atteint pas les seuils de gravité, alors qu'elle admettrait d'indemniser des victimes de dommages, mêmes graves, consécutifs à des actes relevant de pure convenance personnelle.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à exclure, dans le cas de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, d'une part, l'indemnisation par l'ONIAM des préjudices causés par de tels actes, d'autre part, la production d'un avis par les CCI sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages. Les victimes de ces actes auront toutefois la possibilité de solliciter l'intervention de la CCI en formation de conciliation, afin de favoriser le règlement amiable de leur litige avec le responsable du dommage. Le maintien de cette faculté respecte l'esprit du dispositif général qui veut que tout différend entre un patient et un professionnel ou un établissement de santé puisse donner lieu à conciliation, y compris lorsque l'ONIAM n'a pas vocation à intervenir.

Par ailleurs ces personnes pourront se voir indemniser dans le cadre des dispositifs de droit commun de réparation en responsabilité civile.

Enfin, l'intervention de l'ONIAM est maintenue pour les actes de chirurgie esthétique à visée réparatrice (à titre d'exemple, pour une mastectomie faisant suite à un cancer).

b) Autres options possibles

Une autre option pourrait consister à n'écartier l'intervention de l'ONIAM que pour l'indemnisation du dommage et à admettre que la victime puisse solliciter des CCI qu'elles rendent un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages, avis dont la victime pourrait se prévaloir auprès du responsable du dommage ou de son assureur. Mais cette option poserait un problème de cohérence, le coût des travaux préparatoires et expertises permettant aux CCI de rendre un avis étant alors pris en charge par l'assurance maladie.

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

Cette mesure exonère les régimes obligatoires d'assurance maladie d'avoir à supporter le coût de l'indemnisation des dommages survenus dans le cadre de ces actes de soins à visée esthétique. Elle leur évite donc une augmentation des dépenses des régimes de sécurité sociale et, à ce titre, trouve sa place en quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en application 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Ces mesures seront insérées dans le code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>mesure non applicable</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La dépense supplémentaire à laquelle l'ONIAM devrait faire face, en l'absence de la mesure, est évaluée à 800 000€ par an, compte tenu du nombre de dossiers actuellement rejetés par l'ONIAM et des données figurant dans le rapport de l'observatoire des risques médicaux pour 2013 relatives aux actes de chirurgie plastique et esthétique.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	015	016	2017
			+0,8M€	+0,8M€	+0,8M€

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d’égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure de clarification du champ d’intervention de l’ONIAM permettra de rétablir la situation qui s’appliquait antérieurement à l’arrêt de la Cour de cassation.

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l’environnement

Sans objet.

d) impacts sur l’égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Les dommages survenant dans le cadre d’actes de soins à visée esthétique non pris en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie demeureront non indemnisés par l’ONIAM ; en revanche, les victimes de tels actes pourront désormais accéder aux CCI siégeant en formation de conciliation.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d’informations...)

La mesure devrait emporter une augmentation du niveau d’activité des CCI.

c) impacts sur le budget et l’emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée à moyens constants.

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

a) Liste de tous les textes d’application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d’Etat, qui sera présentée pour avis à la CNAMTS et à la CCMSA, sera pris pour exclure l’application des dispositions réglementaires relatives à la substitution de l’ONIAM à l’assureur du responsable défaillant pour l’indemnisation des dommages consécutifs aux actes de prévention, de diagnostic ou de soins non pris en charge

par les régimes obligatoires d'assurance maladie et à l'intervention des CCI ; par ailleurs, ce même décret précisera, en modifiant l'article R. 1142-19 du code de la santé publique, les modalités d'intervention des CCI en formation de conciliation. Cette modification n'est toutefois pas nécessaire à l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015 du texte de loi.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 1142-3-1 du code de la santé publique (nouveau)
	<p>I- Le dispositif de réparation des préjudices des patients au titre de la solidarité nationale mentionné au II de l'article L. 1142-1, au L. 1142-1-1 et au L. 1142-15 n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi.</p> <p>II- Toutefois, le recours aux commissions mentionnées à l'article L. 1142-5 exerçant dans le cadre de leur mission de conciliation reste ouvert aux patients ayant subi des dommages résultant des actes mentionnés au I. »</p>

I. Présentation de la mesure

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

A l'occasion du contentieux introduit par la société Octapharma, la Cour de justice de l'Union européenne, saisie d'une question préjudicielle, a jugé, dans son arrêt du 13 mars 2014 (aff. C-512/12), que la directive « médicament » était applicable au plasma à finalité transfusionnelle dans lequel intervient un processus industriel, catégorie à laquelle est assimilé le plasma sécurisé par solvant-détergent (SD).

Le Conseil d'État, dans sa décision du 23 juillet 2014 (CE 1^{er} et 6^e srr, *Société Octapharma France*, n°349717), a précisé les conséquences de cet arrêt en accordant un délai pour l'adoption des dispositions législatives destinées à mettre le droit interne en conformité avec le droit européen tel qu'interprété par la Cour, en jugeant « *qu'eu égard à l'intérêt général qui s'attache de manière impérieuse à prévenir toute situation de rupture d'approvisionnement en plasma thérapeutique, il y a lieu, à titre exceptionnel, de dire, par des motifs qui sont le soutien nécessaire de son dispositif, que la présente décision ne fait pas obstacle à la poursuite de la fabrication et de la distribution du plasma SD par l'Etablissement français du sang, sous le régime des produits sanguins labiles, pendant le délai strictement nécessaire à l'adoption des textes permettant la poursuite de cette fabrication et de cette distribution sous le régime des médicaments* », en fixant ce délai au 31 janvier 2015.

Dans la législation française actuelle, l'ensemble des plasmas transfusionnels, quel que soit leur type, sont classés en tant que produits sanguins labiles (PSL), et non en tant que médicaments dérivés du sang qui sont des produits stables préparés industriellement. Au nombre de ces produits sanguins labiles figure le plasma viro-atténué par solvant-détergent (plasma SD), préparé à partir des dons de sang bénévoles par l'Etablissement français du sang (EFS) et qui entre dans le cadre du monopole de fabrication, de distribution et de délivrance des PSL dont bénéficie cet établissement.

Le changement de catégorie du plasma SD, et plus largement du plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel (ci-après « plasma industriel »), résultant des décisions juridictionnelles précitées a pour corollaire un changement de régime juridique, non seulement en ce qui concerne sa fabrication, mais également la tarification, la conservation, la distribution et la délivrance de ce plasma.

Il convient toutefois d'éviter que la mise en œuvre effective du nouveau régime juridique du plasma industriel en tant que médicament n'entraîne une désorganisation de la délivrance des produits transfusionnels au patient. Pour que cette délivrance puisse être effectuée soit à travers le réseau des établissements de transfusion sanguine, soit à travers les dépôts de sang des établissements de santé, chacune de ces solutions nécessite un encadrement législatif (puis réglementaire) nouveau.

A ce sujet, un risque tout particulièrement grave concerne les situations médicales dans lesquelles un patient doit se faire délivrer, en urgence, un concentré de globule rouge (qui est un produit sanguin labile relevant du monopole de l'EFS) et un plasma thérapeutique. Dans de telles situations, le double circuit (« PSL » pour le concentré de globule rouge et « médicament » pour le plasma industriel) présente un risque non négligeable d'accroissement des délais et, partant, un véritable problème de santé publique. En effet, la co-prescription de concentrés de globules rouges (CGR) et de plasma thérapeutique suit actuellement un seul et même circuit pour être délivrée par un seul et même opérateur (site de l'EFS ou dépôt de sang de l'établissement de santé). Dans la mesure où le plasma ne peut être délivré qu'après une décongélation, l'unité de lieu facilite la délivrance en urgence vitale. Avec le changement de statut du plasma industriel, et en l'absence de modifications législatives, le prescripteur devrait non seulement doubler ses prescriptions (l'une pour les CGR et l'autre pour le plasma) et donc ses contacts avec les deux services concernés ; en outre, le service de soins de l'établissement de santé devrait multiplier par deux les transports pour récupérer les produits stockés en deux lieux différents (stocks de plasma industriel à la pharmacie de l'établissement de santé et stock de CGR au site de l'EFS ou au dépôt de sang de l'établissement de santé).

Un tel risque a été récemment mis en exergue par la société française de vigilance et de thérapeutique transfusionnelle.

Il apparaît donc nécessaire de tirer toutes les conséquences de la requalification du plasma industriel en tant que médicament, notamment en ce qui concerne l'ouverture de sa commercialisation aux laboratoires pharmaceutiques, tout en encadrant strictement la conservation en vue de la délivrance et la délivrance du plasma industriel par des structures compétentes (ETS et dépôts de sang) dans un but de sécurité sanitaire.

Par ailleurs, et au regard de ce changement de statut du plasma industriel, il convient, pour permettre une concurrence loyale entre les différents types de plasma, de supprimer le principe de fixation administrative des tarifs des plasmas transfusionnels ayant le statut de PSL.

Enfin, pour maintenir un circuit de délivrance unitaire pour l'ensemble des plasmas transfusionnels, quel que soit leur statut (PSL ou MDS), il convient de distinguer le prix de cession du plasma et celui de sa délivrance, la délivrance devant rester « neutre » au regard des appels d'offres pour respecter le principe de libre concurrence et éviter le risque d'entrave aux échanges.

2. Présentation des options possibles et de la mesure retenue

a) Mesures proposées

- **Requalification du plasma industriel en médicament**

Il s'agit de tirer les conséquences de l'arrêt de la CJUE et de mettre le droit français en conformité avec le droit européen en ce qui concerne la qualification du plasma industriel. Ce dernier n'appartient plus à la catégorie des produits sanguins labiles (1° de l'article L. 1221-8 du code de la santé publique) mais à celle des médicaments dérivés du sang, soumis comme tels à l'ensemble des règles applicables aux médicaments, en distinguant deux sous-catégories au sein de cet ensemble : les médicaments issus du fractionnement et le plasma industriel (cf. nouveaux 3° et 4° de l'article L. 1221-8 et nouveau 18° de l'article L. 5121-1 CSP).

- **Conséquences en termes de sécurité sanitaire (conservation en vue de la délivrance / délivrance du plasma industriel et pharmacovigilance)**

La requalification du plasma industriel en tant que médicament et l'ouverture de sa commercialisation aux laboratoires pharmaceutiques doit s'accompagner d'un encadrement strict en ce qui concerne sa conservation en vue de sa délivrance et sa délivrance par les structures compétentes (établissements de transfusion sanguine – ETS – et dépôts de sang), ainsi qu'en matière d'hémovigilance, afin de garantir la sécurité sanitaire.

C'est pourquoi l'article précise que le plasma, y compris celui relevant des médicaments dérivés du sang, est conservé en vue de sa délivrance et délivré par les ETS ou les dépôts de sang hospitaliers (art. L. 1221-10 II du CSP) – et non, comme pour le droit commun des médicaments, des structures pharmaceutiques (une dérogation à ce principe est aménagée à l'art. L. 5126-5-2 CSP). Les missions des ETS sont également modifiées en conséquence (art. L. 1223-1 CSP).

Par cohérence volet de la mesure a pour but d'inclure le plasma industriel transfusionnel, désormais regardé comme un médicament, dans le champ de l'hémovigilance en complément de la pharmacovigilance, au vue de sa finalité transfusionnelle (art. L. 1221-13 CSP).

- **Suppression de la fixation des tarifs PSL par arrêté pour l'ensemble des plasmas thérapeutiques (PSL ou MDS) et ajout, dans les recettes de l'EFS, de celles relatives à la délivrance du plasma industriel**

Cette mesure a pour objet d'ouvrir la possibilité que ceux des plasmas qui continueront de relever de la catégorie des produits sanguins labiles (ceux non produits industriellement) fassent l'objet de prix libres et non fixés administrativement, comme pour les plasmas médicaments. En effet, au regard du changement de statut du plasma industriel, il convient d'assurer les conditions d'une concurrence effective entre les différents types de plasma.

En outre, pour maintenir un circuit de délivrance unitaire pour l'ensemble des plasmas transfusionnels, quel que soit leur statut (PSL ou MDS), il convient de distinguer le prix de cession du plasma et celui de sa conservation en vue de sa délivrance et de sa délivrance, ces dernières activités devant rester « neutre » au regard des appels d'offres pour respecter le principe de libre concurrence et éviter le risque d'entrave (art. L. 1221-9 CSP).

Enfin, la liste des différentes catégories de recettes financières dont bénéficie l'EFS est complétée afin d'y faire figurer celles relatives à la conservation en vue de la délivrance et à la délivrance du plasma thérapeutique (art. L. 1222-8 CSP). Ces nouvelles recettes pourraient prendre en pratique la forme d'un report du coût sur les autres produits sanguins labiles, d'un forfait supplémentaire imposé aux établissements de santé, ou d'une subvention de l'Etat ou de la CNAM.

b) Autres options possibles

L'absence de disposition corollaire à la requalification du plasma industriel en médicament entraînerait un risque de désorganisation majeure du circuit de délivrance du plasma thérapeutique en France et mettrait en danger la santé des patients. En effet, des produits à finalité thérapeutique identique se verraient appliquer un circuit de délivrance différent au sein des établissements de santé.

Par ailleurs, la requalification du plasma à finalité transfusionnelle dans lequel intervient un processus industriel en médicament impose, conformément au code des marchés publics, la mise en concurrence de ce type de plasma avec les deux autres types de plasma produit par l'EFS, le plasma « SE » et plasma « IA ». En effet, ces différents types de plasma, indépendamment de leur qualification juridique, ont une finalité thérapeutique identique.

Or les tarifs des plasmas conservant le statut de produits sanguins labiles (PSL) est fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé, conformément à l'actuel article L. 1221-9 CSP.

Ainsi, afin de permettre la mise en concurrence du plasma dans lequel intervient un processus industriel avec les autres plasmas PSL, le principe de fixation administrative du tarif de ces derniers doit être supprimé car cela risque d'être qualifié d'entrave à la libre concurrence. Une absence de modification de ce principe aux plasmas thérapeutiques fragiliserait juridiquement l'ensemble des marchés public passés par les établissements de santé pour ces produits.

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

Cette mesure prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale du fait de son impact sur la dépense remboursée par les organismes de sécurité sociale, en application du 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale (cf. impact financier évalué infra).

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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 est une mesure prise en application de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain telle que modifiée par la directive 2004/27/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004.

En effet, la Cour de justice de l'Union européenne dans son arrêt précité du 13 mars 2014 a jugé que cette directive, dite « directive médicament », devait s'appliquer à la distribution et la commercialisation du plasma à finalité transfusionnelle dans lequel intervient un processus industriel. Ce dernier, auquel s'apparente le plasma industriel, ne peut donc plus être maintenu sous l'empire de la directive 2002/98/CE du Parlement et du Conseil du 27 janvier 2003 établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain et des composants sanguins, dite « directive sang » comme le prévoit la législation française actuelle.

Dans sa décision du 23 juillet 2014, le Conseil d'Etat a accordé au gouvernement un délai courant jusqu'au 31 janvier 2015 pour mettre en œuvre le changement de statut du plasma à finalité transfusionnelle dans lequel intervient un processus industriel passant de celui de produit sanguin labile à celui de médicament.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 nécessaire à la mise en conformité de la législation française avec la directive « médicament » telle qu'interprétée par la CJUE. La législation actuelle relative au plasma, qui ne distingue pas les plasmas produits industriellement et les autres, est contraire au droit européen. A cet égard, le Conseil d'Etat a laissé un délai jusqu'au 31 janvier 2015 pour poursuivre la fabrication et la distribution du plasma « SD » par l'établissement français du sang sous le régime des produits sanguins labiles. En l'absence des modifications législatives nécessaires, la France s'exposerait à un recours en manquement.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure modifie les articles L. 1221-8, L. 1221-9, L. 1221-10, L.1221-10-2, L. 1221-13, L. 1222-8, L. 1223-1, L. 5121-1, L. 5121-3 du code de la santé publique et crée un nouvel article L. 5126-5-2 au sein du même code.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 5121-3 CSP est abrogé.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	mesure directement applicable
<i>Mayotte</i>	mesure directement applicable
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	mesure directement applicable
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	mesure directement applicable
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Compte tenu du prix moyen du plasma des concurrents sur le marché européen, une baisse des tarifs pratiqués suite à l'ouverture du marché peut être anticipée.

La mesure générera en conséquence une économie pour l'assurance maladie, en diminuant la dépense des hôpitaux à ce titre. Cette économie est estimée à 11 M€ en année pleine.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régimes d'assurance maladie obligatoires de base			+10	+11	+11

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure affecte le financement de l'Établissement français du sang et les établissements de santé acheteurs de plasma thérapeutique qui verraient le coût d'achat de ces produits baisser globalement de 11 M€.

b) impacts sociaux

L'Établissement français du sang subira une baisse de son chiffre d'affaires qui aura nécessairement des conséquences en matière d'organisation, dès lors que l'EFS, qui n'a pas le statut d'établissement pharmaceutique, ne peut produire de médicaments.

c) impacts sur l'environnement

Aucun.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Aucun.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Aucun.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure vise à minimiser les impacts liés à la requalification de plasma industriel en médicament pour les établissements de santé.

Elle garantit notamment que, par dérogation au circuit pharmaceutique de droit commun, le plasma industriel continuera, comme c'est le cas actuellement, à transiter par les dépôts de sang ou les établissements de transfusion sanguine plutôt que par les pharmacies à usage intérieur (PUI).

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

L'Établissement français du sang sera affecté par la baisse de son chiffre d'affaires et devra se réorganiser. .

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'État devra préciser les conditions d'application de la mesure. Par ailleurs, l'arrêté du 9 mars 2010 relatif à la tarification des PSL devra être modifié.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mise en œuvre interviendra en janvier 2015 à l'issue de la publication du décret et de l'arrêté précités.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Aucun suivi n'est nécessaire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1221-8 (actuel) du code de la santé publique	Article L. 1221-8 (modifié) du code de la santé publique
<p>Peuvent être préparés à partir du sang ou de ses composants :</p> <p>1° Des produits sanguins labiles, comprenant notamment le sang total, le plasma et les cellules sanguines d'origine humaine. A l'exception des produits sanguins labiles destinés à des recherches biomédicales, seuls peuvent être distribués ou délivrés à des fins thérapeutiques, les produits sanguins labiles dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, après avis de l'Etablissement français du sang, et publiée au Journal officiel de la République française.</p> <p>2° Des pâtes plasmatiques ;</p> <p>3° Des produits stables préparés industriellement, qui constituent des médicaments dérivés du sang et qui sont régis par les dispositions du livre Ier de la partie V ;</p> <p>4° Des réactifs de laboratoire dont les conditions de mise sur le marché sont fixées par le titre II du livre II de la cinquième partie ;</p> <p>5° Des produits cellulaires à finalité thérapeutique mentionnés à l'article L. 1243-1 ;</p> <p>6° Des produits thérapeutiques annexes tels que définis à l'article L. 1261-1 ;</p> <p>7° Des excipients à usage pharmaceutique et des substances utilisées lors de la fabrication d'un médicament mais n'entrant pas dans sa composition.</p> <p>Le sang et ses composants, qu'ils aient ou non été prélevés dans des établissements de transfusion sanguine, peuvent également être utilisés pour effectuer les contrôles de qualité des examens de biologie médicale ainsi que pour la réalisation et le contrôle des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, ou pour effectuer sur les produits préparés à partir du sang ou de ses composants les expertises et les contrôles techniques réalisés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du 1° de l'article L. 5311-2. Les principes mentionnés aux articles L. 1221-3, L. 1221-4 et L. 1221-6 sont également applicables dans ce cas.</p>	<p>Peuvent être préparés à partir du sang ou de ses composants :</p> <p>1° Des produits sanguins labiles, comprenant notamment le sang total, le plasma dans la production duquel n'intervient pas un processus industriel [, quelle que soit sa finalité] et les cellules sanguines d'origine humaine. A l'exception des produits sanguins labiles destinés à des recherches biomédicales, seuls peuvent être distribués ou délivrés à des fins thérapeutiques, les produits sanguins labiles dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, après avis de l'Etablissement français du sang, et publiée au Journal officiel de la République française.</p> <p>2° Des pâtes plasmatiques ;</p> <p>2 bis Des produits stables préparés industriellement, qui constituent des médicaments dérivés du sang et qui sont régis par les dispositions du livre Ier de la partie V ; Du plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, régi par les dispositions du livre Ier de la partie V</p> <p>3° Des médicaments issus du fractionnement du plasma régis par les dispositions du livre Ier de la partie V ;</p> <p>4° Des réactifs de laboratoire dont les conditions de mise sur le marché sont fixées par le titre II du livre II de la cinquième partie ;</p> <p>5° Des produits cellulaires à finalité thérapeutique mentionnés à l'article L. 1243-1 ;</p> <p>6° Des produits thérapeutiques annexes tels que définis à l'article L. 1261-1 ;</p> <p>7° Des excipients à usage pharmaceutique et des substances utilisées lors de la fabrication d'un médicament mais n'entrant pas dans sa composition.</p> <p>Le sang et ses composants, qu'ils aient ou non été prélevés dans des établissements de transfusion sanguine, peuvent également être utilisés pour effectuer les contrôles de qualité des examens de biologie médicale ainsi que pour la réalisation et le contrôle des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, ou pour effectuer sur les produits préparés à partir du sang ou de ses composants les expertises et les contrôles techniques réalisés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du 1° de l'article L. 5311-2. Les principes mentionnés aux articles L. 1221-3, L. 1221-4 et L. 1221-6 sont également applicables dans ce cas.</p>

Article L. 1221-9 actuel du code de la santé publique	Article L. 1221-9 modifié du code de la santé publique
<p>Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs de cession des produits sanguins labiles.</p> <p>Pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion et pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, un arrêté des ministres chargés de l'outre-mer, de la santé et de la sécurité sociale peut déterminer des majorations aux tarifs fixés en application de l'alinéa précédent. Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chacun de ces départements, grèvent le coût des produits sanguins labiles par rapport à leur coût en métropole.</p>	<p>Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs :</p> <p>a) de cession des produits sanguins labiles à l'exception des plasmas à finalité transfusionnelle ;</p> <p>b) de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance par les établissements de transfusion sanguine des plasmas à finalité transfusionnelle relevant du 1° ou du 2 bis de l'article L. 1221-8.</p> <p>Pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion et pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, un arrêté des ministres chargés de l'outre-mer, de la santé et de la sécurité sociale peut déterminer des majorations aux tarifs fixés en application de l'alinéa précédent. Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chacun de ces départements, grèvent le coût des produits sanguins labiles par rapport à leur coût en métropole.</p>
Article L. 1221-10 actuel du code de la santé publique	Article L. 1221-10 modifié du code de la santé publique
<p>Les produits sanguins labiles destinés à une utilisation thérapeutique directe sont conservés, en vue de leur distribution et de leur délivrance, dans les établissements de transfusion sanguine. Peuvent également conserver ces produits en vue de leur délivrance les établissements de santé autorisés à cet effet par l'autorité administrative après avis de l'Établissement français du sang dans des conditions définies par décret et les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 autorisés selon la même procédure et dans des conditions définies par décret. Les produits sanguins labiles restent sous la surveillance d'un médecin ou d'un pharmacien. Un décret précise la section de l'ordre national des pharmaciens dont ce pharmacien doit relever.</p> <p>La délivrance de produits sanguins labiles ne peut être faite que sur ordonnance médicale.</p>	<p>I- Les produits sanguins labiles destinés à une utilisation thérapeutique directe sont conservés, en vue de leur distribution et de leur délivrance, dans les établissements de transfusion sanguine. Peuvent également conserver ces produits en vue de leur délivrance les établissements de santé autorisés à cet effet par l'autorité administrative après avis de l'Établissement français du sang dans des conditions définies par décret et les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 autorisés selon la même procédure et dans des conditions définies par décret. Les produits sanguins labiles restent sous la surveillance d'un médecin ou d'un pharmacien. Un décret précise la section de l'ordre national des pharmaciens dont ce pharmacien doit relever.</p> <p>La délivrance de produits sanguins labiles ne peut être faite que sur ordonnance médicale.</p> <p>II- Par dérogation aux dispositions des articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas mentionnés au 2 bis de l'article L. 1221-8 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans des conditions définies par décret.</p>
Article L. 1221-10-2 actuel du code de la santé publique	Article L. 1221-10-2 actuel du code de la santé publique
<p>Toute violation dans un établissement de santé et du fait de celui-ci des prescriptions législatives et réglementaires relatives à la conservation des produits sanguins labiles en vue de leur délivrance ainsi que des termes de l'autorisation mentionnée au premier alinéa de l'article L.</p>	<p>Toute violation dans un établissement de santé et du fait de celui-ci des prescriptions législatives et réglementaires relatives à la conservation des produits sanguins labiles et les plasmas mentionnés au 2 bis de l'article L. 1221-8 en vue de leur délivrance ainsi que des termes de</p>

<p>1221-10 entraîne la suspension ou le retrait par l'autorité administrative de cette autorisation. Cette suspension ou ce retrait ne peut intervenir qu'après mise en demeure adressée au directeur de l'établissement de santé de prendre toutes mesures propres à remédier à la violation ou au manquement constaté, ou de fournir toutes explications nécessaires. Cette mise en demeure est faite par écrit par l'autorité compétente et fixe un délai d'exécution ou de réponse qui ne peut excéder un mois.</p> <p>En cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, une suspension de l'autorisation peut être prononcée à titre conservatoire par l'autorité compétente.</p>	<p>l'autorisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 1221-10 entraîne la suspension ou le retrait par l'autorité administrative de cette autorisation. Cette suspension ou ce retrait ne peut intervenir qu'après mise en demeure adressée au directeur de l'établissement de santé de prendre toutes mesures propres à remédier à la violation ou au manquement constaté, ou de fournir toutes explications nécessaires. Cette mise en demeure est faite par écrit par l'autorité compétente et fixe un délai d'exécution ou de réponse qui ne peut excéder un mois.</p> <p>En cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, une suspension de l'autorisation peut être prononcée à titre conservatoire par l'autorité compétente.</p>
<p align="center">Article L. 1221-13 actuel du code de la santé publique</p>	<p align="center">Article L. 1221-13 modifié du code de la santé publique</p>
<p>L'hémovigilance a pour objet l'ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles. Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle allant de la collecte des produits sanguins labiles jusqu'au suivi des receveurs. L'hémovigilance comprend également le suivi épidémiologique des donneurs.</p> <p>Les personnes qui ont à connaître de ces informations sont tenues au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixe les règles d'hémovigilance, et notamment la nature des informations nécessaires à la surveillance des effets de l'utilisation des produits sanguins labiles que les praticiens sont tenus de fournir, ainsi que les conditions d'exercice de cette surveillance.</p>	<p>L'hémovigilance a pour objet l'ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles et de plasma mentionné au 2 bis de l'article L. 1221-8, ce dernier produit demeurant également soumis aux articles L.5121-22 et suivants. Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle allant de la collecte des produits sanguins labiles jusqu'au suivi des receveurs. L'hémovigilance comprend également le suivi épidémiologique des donneurs.</p> <p>Les personnes qui ont à connaître de ces informations sont tenues au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixe les règles d'hémovigilance et notamment la nature des informations nécessaires à la surveillance des effets de l'utilisation des produits sanguins labiles et du plasma mentionné au 2 bis de l'article L. 1221-8 que les praticiens sont tenus de fournir, ainsi que les conditions d'exercice de cette surveillance.</p>
<p align="center">Article L. 1222-8 actuel du code de la santé publique</p>	<p align="center">Article L. 1222-8 modifié du code de la santé publique</p>
<p>Les recettes de l'Établissement français du sang sont constituées par :</p> <p>1° Les produits de la cession des produits sanguins labiles ;</p> <p>2° Les produits des activités annexes ;</p> <p>3° Des redevances pour services rendus établies par décret dans les conditions fixées par l'article 5 de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi</p>	<p>Les recettes de l'Établissement français du sang sont constituées par :</p> <p>1° Les produits de la cession des activités liées aux produits sanguins labiles ;</p> <p>1° bis Les produits des activités liées au plasma mentionné au 2 bis de l'article L. 1221-8 ;</p> <p>2° Les produits des activités annexes ;</p> <p>3° Des redevances pour services rendus établies par décret dans les conditions fixées par l'article 5 de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi</p>

<p>organique relative aux lois de finances ;</p> <p>4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'Etat, des collectivités publiques, de leurs établissements publics et des organismes d'assurance maladie ; La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>5° Des emprunts.</p>	<p>organique relative aux lois de finances ;</p> <p>4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'Etat, des collectivités publiques, de leurs établissements publics et des organismes d'assurance maladie ;</p> <p>5° Des emprunts.</p>
<p align="center">Article L. 1223-1 actuel du code de la santé publique</p>	<p align="center">Article L. 1223-1 modifié du code de la santé publique</p>
<p>Les établissements de transfusion sanguine sont des établissements locaux sans personnalité morale de l'Établissement français du sang. Ils sont dotés d'un conseil d'établissement qui réunit, outre la direction de l'établissement de transfusion sanguine, des représentants des associations de donneurs de sang, des associations de patients, du personnel de l'établissement de transfusion sanguine, des établissements publics et privés de santé et de l'assurance maladie.</p> <p>Sous réserve des dispositions de l'article L. 5124-14, ces établissements ont vocation à développer toute activité liée à la transfusion sanguine, au conseil et au suivi des actes de transfusion. Ils peuvent notamment être autorisés à distribuer des médicaments dérivés du sang dans les conditions prévues aux articles L. 5121-1 à L. 5121-4, sous réserve des dispositions du présent chapitre, et à les dispenser et administrer aux malades qui y sont traités. Ces établissements sont en ce cas dotés d'un pharmacien responsable qui participe à la direction générale de l'établissement.</p> <p>[...]</p>	<p>Les établissements de transfusion sanguine sont des établissements locaux sans personnalité morale de l'Établissement français du sang. Ils sont dotés d'un conseil d'établissement qui réunit, outre la direction de l'établissement de transfusion sanguine, des représentants des associations de donneurs de sang, des associations de patients, du personnel de l'établissement de transfusion sanguine, des établissements publics et privés de santé et de l'assurance maladie.</p> <p>Sous réserve des dispositions de l'article L. 5124-14, ces établissements ont vocation à développer toute activité liée à la transfusion sanguine, au conseil et au suivi des actes de transfusion. Ces établissements conservent et délivrent le plasma mentionné au 2 bis de l'article L. 1221-8 dans les conditions fixées au II de l'article L. 1221-10. Ils peuvent notamment être autorisés à distribuer des médicaments dérivés du sang dans les conditions prévues aux articles L. 5121-1 à L. 5121-4, sous réserve des dispositions du présent chapitre, et à les dispenser et administrer aux malades qui y sont traités. Ces établissements sont en ce cas dotés d'un pharmacien responsable qui participe à la direction générale de l'établissement.</p> <p>[...]</p>
<p align="center">Article L. 5121-1 actuel du code de la santé publique</p>	<p align="center">Article L. 5121-1 modifié du code de la santé publique</p>
<p>On entend par :</p> <p>(...)</p>	<p>On entend par :</p> <p>(...)</p> <p>18° Médicaments dérivés du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang et de ses composants Ils sont soumis aux dispositions du présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :</p> <p>a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;</p> <p>b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel.</p>

Article L. 5121-3 actuel du code de la santé publique	Article L. 5121-3 modifié du code de la santé publique
Les produits stables préparés à partir du sang et de ses composants constituent des médicaments dérivés du sang et sont soumis aux dispositions du présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables.	(abrogé)
	Article L. 5126-5-2 du code de la santé publique (nouveau)
	<p>I- Par dérogation aux dispositions des articles L. 4211-1 1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des médicaments définis au b du 18° de l'article L. 5121-1 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine soit par établissement de santé autorisé à cet effet dans les conditions mentionnées au II de l'article L. 1221-10.</p> <p>II – Tout contrat d'achat de plasmas à finalité transfusionnelle mentionnées au 2 bis de l'article L. 1221-8 conclu entre un établissement pharmaceutique et un établissement de santé doit comporter, à peine de nullité, des clauses permettant de mettre en œuvre et respecter les obligations de conservation en vue de la délivrance et de délivrance mentionnées au I.</p>

I. Présentation de la mesure

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

Pour le régime général, le code de la sécurité sociale prévoit le versement d'un capital décès aux ayants droit d'un assuré décédé dès lors que, depuis au moins trois mois, ce dernier exerçait une activité salariée, était indemnisé par Pôle emploi, était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ou bien était en situation de maintien de droits. Cette prestation s'applique dans les mêmes conditions aux salariés relevant du régime agricole. Par ailleurs, les régimes des travailleurs indépendants et les régimes spéciaux prévoient des dispositifs comparables de versement d'un capital décès, certains régimes versant un capital pour le décès d'un assuré en activité mais également d'un assuré déjà retraité¹. Elle s'applique enfin également aux fonctionnaires.

A l'origine conçue comme une indemnité de premier secours destinée à procurer des moyens de subsistance aux conjoints, le plus souvent féminins, des travailleurs décédés, l'assurance décès ne correspond plus à la réalité sociale (évolution de la structure de la population active et notamment forte féminisation du marché du travail). En pratique, cette prestation doit à l'heure actuelle permettre aux proches de faire face aux frais immédiats occasionnés par le décès, notamment les frais d'obsèques.

Or le capital décès étant déterminé en fonction des salaires du défunt, le dispositif ne permet pas de répondre de manière satisfaisante à cet objectif.

En effet, le montant du capital décès est égal, dans le régime général, aux trois derniers salaires mensuels de l'assuré décédé. Il ne peut en tout état de cause être inférieur à 1 % du montant du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 375€ et ne peut être supérieur au quart de celui-ci (compte tenu de la règle de plafonnement des salaires pris en compte), soit 9 387€ au premier janvier 2014. Pour les régimes spéciaux et les fonctionnaires, le montant du capital est également proportionnel au salaire ou à la pension versée à l'assuré décédé.

Etant déterminé en fonction des salaires du défunt, le dispositif se révèle donc injuste pour les personnes les plus précaires, alors même que les frais immédiats auxquels ont à faire face les ayants-droit au moment du décès d'un proche sont les mêmes pour tous et que les capacités propres de financement de ces frais sont d'autant plus faibles que les ressources sont modestes.

A l'inverse, la protection complémentaire en matière de décès obligatoire pour les cadres et le développement des accords de branche ou d'entreprise couvrant le risque décès font du capital de base une prestation subsidiaire en terme de montant pour une majorité de salariés, notamment parmi ceux les mieux rémunérés.

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

a) Mesure proposée : une forfaitisation du capital décès

Afin de permettre au capital décès de mieux remplir l'objectif de permettre aux proches de faire face aux dépenses occasionnées par le décès, il est proposé de rendre les montants forfaitaires afin de garantir plus d'équité entre les ayants-droit relevant tant du régime général que des autres régimes pour lesquels le montant du capital décès dépend du salaire ou de la pension du défunt (y compris donc pour les régimes spéciaux lors du décès d'un assuré déjà pensionné). Ainsi, quelle que soit la rémunération du défunt, le montant du capital décès versé à ses proches sera équivalent.

b) Autres options possibles

D'autres options d'action ont été écartées :

- La suppression de l'assurance décès ;
- L'aménagement de la législation actuelle avec la mise sous condition de ressources du capital décès.

Dans le premier cas, la mesure priverait l'ensemble des ayants-droit du bénéfice de cette prestation alors même que, si pour une majorité de salariés le bénéfice des prestations de prévoyance supplémentaire ou d'assurance décès privée rend la suppression de ce capital peu sensible à leur capacité à faire face aux dépenses consécutives au décès d'un proche, pour ceux d'entre eux dont la situation financière est la plus difficile il existe aujourd'hui une réelle difficulté à faire face à ces dépenses, notamment aux frais d'obsèques.

¹ Régimes des industries électriques et gazières et de la SNCF.

Dans le second cas, si le bénéfice de cette prestation était bien conservé pour les assurés pour lesquels elle présente un véritable caractère de secours, conditionner le bénéfice du capital décès aux ressources des personnes qui pourraient en être bénéficiaires obligerait les caisses à instruire les demandes sur la base de justifications de revenus, contrainte administrative lourde en gestion, induisant des délais de liquidation incompatibles avec le caractère d'urgence de cette prestation financière.

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

La forfaitisation du capital décès nécessite une disposition législative pour modifier le code de la sécurité sociale. Elle prend place dans la loi de financement au titre de son impact sur les dépenses des régimes d'assurance maladie (cf. 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

Modification du code de la sécurité sociale : articles L. 361-1 et L. 361-2.

Les dispositions relatives aux modalités de calcul du capital décès concernant les régimes spéciaux sont des dispositions de niveau réglementaire. Il importera donc de modifier chacun de ces textes pour prévoir la forfaitisation de l'allocation versée.

Les dispositions relatives au calcul du capital décès des fonctionnaires relevant également du niveau réglementaires seront elles aussi modifiées.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure non applicable

Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régime général			+82 M€	+82 M€	+82 M€
Autres régimes			+76M€	+76M€	+76M€
TOTAL sécurité sociale			+158M€	+158M€	+158M€

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

En partant de l'hypothèse qu'environ 25 000 capitaux décès sont versés par an au régime général, la forfaitisation du capital décès, si le capital est fixé à un montant égal à trois fois le SMIC net (soit 3 384€), permettra de ramener la dépense, au régime général, de 166 M€ à environ 84M€, soit une économie pour le régime général d'environ 82M€. En appliquant le même pourcentage d'économie à la masse des dépenses de capital décès des autres régimes, le montant total d'économie atteindrait 158M€.

La réforme permettra également de dégager une économie sur le budget de l'Etat, des collectivités territoriales et des hôpitaux au titre du capital décès des fonctionnaires dont ils assument la charge.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure permet de dégager une économie tout en introduisant plus d'équité entre les assurés, fragilisés par le décès de leur proche.

b) impacts sociaux

Mesure sociale permettant d'atténuer pour les proches l'impact du décès de l'assuré en activité et ciblant les personnes les plus précaires.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Compte tenu du taux de mortalité prématurée chez les personnes de moins de 65 ans plus élevé chez les hommes que chez les femmes (270 pour 100 000, contre 129 pour 100 000 en 2012), la mesure aura un impact favorable sur les femmes des foyers financièrement les moins aisés.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

La mesure est source de simplification administrative dans la mesure où les assurés n'auront plus à fournir les revenus de leur proche pour obtenir le versement du capital décès.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure va considérablement simplifier la gestion de cette prestation par les caisses. Le caractère forfaitaire du montant du capital décès ne nécessitera en effet plus de la part des caisses le recueil et le traitement des informations relatives à la rémunération du défunt.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La simplification introduite par cette mesure permettra d'affecter les moyens dégagés sur la mise en œuvre d'autres actions prioritaires au sein des mêmes organismes.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation**a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.**

Les dispositions réglementaires actuelles sur le capital décès devront être modifiées en conséquence, notamment pour fixer le montant du forfait.

Par ailleurs, le montant du capital décès étant fixé par voie réglementaire pour les régimes spéciaux, il importerait donc de modifier chacun de ces textes pour prévoir la forfaitisation de l'allocation versée

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure sera d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information sera mise en ligne sur les sites des caisses d'assurance maladie.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'est pas prévu de mettre en place un suivi spécifique centralisé de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 361-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 361-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Sans préjudice de l'application de l'article L. 313-1, l'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré le paiement d'un capital égal à un multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 lorsque l'assuré, moins de trois mois avant son décès, exerçait une activité salariée, percevait l'une des allocations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 311-5, était titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 341-1 ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 371-1, ou lorsqu'il bénéficiait, au moment de son décès, du maintien de ses droits à l'assurance décès au titre de l'article L. 161-8.</p>	<p>Sans préjudice de l'application de l'article L. 313-1, l'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré le paiement d'un capital égal à un multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 montant forfaitaire déterminé par décret lorsque l'assuré, moins de trois mois avant son décès, exerçait une activité salariée, percevait l'une des allocations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 311-5, était titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 341-1 ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 371-1, ou lorsqu'il bénéficiait, au moment de son décès, du maintien de ses droits à l'assurance décès au titre de l'article L. 161-8.</p>
<p>Article L. 361-2 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 361-2 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision.</p>	<p>Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision.</p>

ARTICLE 53 – Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2015 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, de l'ONIAM, de l'EPRUS ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs

I. Présentation de la mesure

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

a) S'agissant de la fixation de la dotation au FMESPP

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.

En application de l'article 40 de la LFSS pour 2001, « les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ».

La création du fonds régional d'intervention (FIR) par l'article 65 de la LFSS pour 2012 a entraîné une redéfinition du périmètre du FMESPP. Une partie des missions antérieurement dévolues au FMESPP ont été transférées au FIR, en particulier s'agissant de l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé, d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé et de la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins.

Depuis 2013, l'action du FMESPP est donc recentrée sur le financement de mesures nationales, en particulier le financement des opérations d'investissement hospitalier faisant l'objet d'un accompagnement national.

Pour mémoire, la LFSS pour 2014 a fixé le montant de la dotation FMESPP 2014 à 263,34 M€.

Ce montant a été rectifié dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2014. Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2014 a été minoré de 160 M€ afin de tenir compte :

- des sommes prescrites au profit du fonds au titre de l'année 2014, en application des dispositions du 3° du I de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Le montant des crédits déchués au titre de l'année 2014 s'élève à 33,8 M€ ;
- des crédits d'aide à l'investissement hospitalier, d'un montant total de 88 M€, versés aux établissements de santé à la fin de l'exercice 2013 au titre de l'année 2014 et provisionnés dans les comptes de ces établissements ;
- d'une mobilisation, à hauteur de 38,2 M€, des réserves constituées au sein du fonds lors des exercices passés.

b) S'agissant de la fixation de la dotation à l'ONIAM

En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).

c) S'agissant de la fixation de la dotation à l'EPRUS

En application de l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a pour missions de :

- gérer administrativement et financièrement la réserve sanitaire chargée de répondre à des situations exceptionnelles susceptibles de désorganiser le système de soins ;
- acquérir, fabriquer, importer, stocker et distribuer les produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Les dépenses relatives à l'achat et à la gestion des produits de santé et dispositifs médicaux font l'objet d'une programmation triennale : l'année 2015 correspond à la troisième année d'exécution de la programmation 2013-2015.

En application du dernier alinéa de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, le montant de la contribution à la charge des régimes obligatoires de l'assurance maladie, fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, finance exclusivement la gestion des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Le montant de cette contribution ne peut excéder 50% des dépenses de l'établissement public au titre de cette mission. Le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices successifs.

d) S'agissant des dispositions relatives à la dotation de la CNSA aux ARS

Depuis la LFSS pour 2011 (art. 78), un nouveau circuit de financement permet de déléguer aux ARS les crédits de la CNSA prévus par l'article L. 1432-6, 3° du code de la santé publique au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. Or le montant de cette contribution, financée directement sur le produit brut de la CSA, est voté chaque année de façon identifiée par le Parlement.

Pour mémoire, le Parlement avait voté pour l'année 2014 (art. 63 IV de la LFSS), un montant de 91,37 M€ qui a été réparti comme suit :

- 29 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan « Santé mentale » en direction des personnes handicapées ;
- 57,14 M€ au titre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (MAIA) ;
- 3 M€ pour les aidants familiaux Alzheimer
- 1,2 M€ pour l'aide à domicile
- 0,25 M€ au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos
- 0,78 M€ pour les centres régionaux d'études, d'actions sociales et d'information en faveur des personnes en situation de handicap (le statut des CREAÏ fait l'objet par ailleurs d'une mesure de consolidation).

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

a) Mesure proposée en ce qui concerne le FMESPP

L'évaluation des besoins de financement au titre du FMESPP conduit à fixer le montant de la dotation pour l'année 2015 à hauteur de 280,6 M€, soit une augmentation de l'ordre de 17 M€ par rapport à la dotation initiale FMESPP 2014 et 177M€ par rapport à la dotation rectifiée en LFRSS 2014.

La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2015 vise notamment à accompagner :

- Les opérations d'investissement des établissements de santé, à hauteur de 200M€ ;
- Les actions de modernisation des établissements de santé, à hauteur de 45M€.

b) Mesure proposée en ce qui concerne l'ONIAM

Les dépenses pour 2015 à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 145,8 M€ dont :

- 128,9 M€ au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions) ;
- 6,6 M€ de dépenses de personnel ;
- 2,3 M€ de dépenses de fonctionnement ;
- 8 M€ de frais d'avocats et d'expertises.

Les autres produits de l'office (hors dotation de l'Etat) sont estimés pour 2015 à 12,1 M€. Une dotation de l'assurance maladie de 115 M€ est ainsi proposée. Ainsi le résultat cumulé total fin 2015 s'établirait à 20,4 M€, ce qui assure à l'office une réserve prudentielle suffisante.

c) Mesure proposée en ce qui concerne l'EPRUS

Il est proposé de fixer la contribution de l'assurance maladie pour 2015 à l'EPRUS à 15,257 M€.

Cette dotation est cohérente avec les projections pluriannuelles des dépenses pour la période 2013-2015, qui prévoit une participation des régimes d'assurance maladie à hauteur de 69,7 M€ sur la période.

d) Mesure proposée en ce qui concerne la CNSA

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique dispose que les contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des ARS pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en

direction des personnes âgées ou handicapées, financées sur la recette de CSA affectée à la section 1 du budget de la caisse, sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a fixé à 91,37 M€ le montant de cette contribution pour l'exercice en cours. La présente mesure vise à fixer ce montant au titre de l'année 2015 à 103,17 M€ et se décline comme suit :

- 30 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan Santé mentale en direction des personnes handicapées et de la Conférence nationale du handicap de fin d'année, soit un relèvement de 1 M€ par rapport à 2014 permettant de financer des mesures nouvelles ;
- 71,14 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), soit un relèvement de 14M€ permettant le financement en année pleine des 238 MAIA existantes et le financement de nouvelles 50 MAIA en année partielle conformément à l'échelonnement prévu par le plan Alzheimer ;
- 1 M€ pour les aidants familiaux Alzheimer, soit un abaissement de 2M€ par rapport à 2014 en raison de la baisse des crédits demandés par les ARS ;
- 0,25 M€ au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos, comme en 2014 ;
- 0,78 M€ pour les centres régionaux d'études, d'actions sociales et d'information en faveur des personnes en situation de handicap comme en 2014.

Les crédits dédiés à l'aide à domicile ne sont pas maintenus dans la mesure où aucune demande ne remonte des ARS.

e) Autres options possibles

Sans objet.

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

Ces mesures visent à fixer le montant de dépenses à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie ou d'un organisme qui finance et gère des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Elles trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale, en application du 1° du C du V et du 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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

A l'occasion de ces mesures il est proposé de mettre fin à une contradiction entre le dernier alinéa de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit le financement par l'objectif général de dépenses (OGD) des contributions versées à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARTICLE 53 – Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2015 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, de l'ONIAM, de l'EPRUS ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs

(ANAP) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'article L. 314-3 du même code qui circonscrit le champ de l'OGD exclusivement au financement d'établissements et services médico-sociaux limitativement énumérés et non aux opérateurs précités. Il est donc proposé de modifier l'article L. 14-10-5 en imputant le financement des opérateurs sur la seule recette au titre de la contribution sociale pour l'autonomie affectée à la section 1 du budget de la caisse, conformément à la pratique de financement actuelle.

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié par la présente mesure.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure directement applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure directement applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2014 (rectificatif)	2015 P	2015	2016	2017
CNAM		-280,6			
		-115			
		-15,257			
CNSA		-103,17			

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Le financement des GEM et des MAIA, dont le montant est fixé par la présente mesure, nécessitera la publication d'une décision du directeur de la CNSA (date prévisionnelle : mars 2015) afin de déterminer la répartition des crédits entre les agences régionales de santé, conformément à ce que prévoient les alinéas 1 b et 2 b du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Sans objet.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le FMESPP fait l'objet d'un suivi budgétaire et comptable par la Direction générale de l'offre de soins et la Caisse des dépôts et consignations. 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.

Dans le rapport d'activité annuel de l'ONIAM 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).

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.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p align="center">Article L. 14-10-5 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 14-10-5 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sept 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 les années 2012, 2013 et 2014, 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 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 :</p> <p>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 ;</p> <p>a bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;</p> <p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés</p>	<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sept 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 les années 2012, 2013 et 2014, 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 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 :</p> <p>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 ;</p> <p>a bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;</p> <p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés</p>

<p>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.</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>Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.</p> <p>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 et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, 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.</p> <p>(...)</p>	<p>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.</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>Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.</p> <p>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 et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, sont imputées sur les fractions du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.</p> <p>(...)</p>
---	---

ARTICLE 56 – Aide au rachat de trimestres de retraite pour les enfants de harkis au titre des périodes passées dans des camps militaires d'hébergement

I. Présentation de la mesure

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

Depuis les accords d'Évian du 18 mars 1962, le Gouvernement français a adopté un certain nombre de mesures de réparation et de reconnaissance en faveur des rapatriés anciens membres des formations supplétives et assimilés ayant servi en Algérie, de leurs conjoints survivants et de leurs enfants.

Le Président de la République a annoncé la mise en œuvre d'un plan d'action en faveur des harkis, décliné en deux volets : un volet « reconnaissance » destiné à l'approfondissement du travail sur la mémoire des harkis dans la République et un volet « réparation » dont l'objectif est l'amélioration des aides existantes pour qu'elles répondent mieux aux besoins des harkis et de leurs descendants.

C'est l'action n° 10 du second volet de ce plan qui propose de répondre spécifiquement à la situation des personnes qui étaient maintenues dans des camps de transit et de reclassement à l'issue de la guerre d'Algérie entre 16 et 21 ans et ont donc subi des difficultés particulières pour accéder à la formation puis au marché du travail.

C'est pourquoi, afin d'améliorer les droits à retraite de ces assurés, une possibilité de rachat des trimestres au titre des périodes passées dans ces camps, durant lesquelles ils n'ont pas pu se constituer de droits à retraite, leur est ouverte. Une aide financière spécifique de l'Etat permettra à ces assurés d'accéder plus facilement à ces rachats de trimestres.

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

a) Mesure proposée

Le présent article prévoit que les assurés hébergés dans ces camps militaires d'hébergement et de transit pourront racheter des trimestres correspondant aux périodes passées dans ces camps afin de compléter leurs droits à retraite. Une aide forfaitaire spécifique au rachat, à la charge de l'Etat, permettra de favoriser l'accès à ce rachat en diminuant le coût du reste à charge pour les assurés concernés.

Sont concernées les personnes ayant séjourné dans les camps militaires d'hébergement et de transit des anciens supplétifs de l'armée française en Algérie et de leurs familles. Ces camps ont été au nombre de six : La Cavallerie-Larzac (Aveyron) ; Bourg-Lastic (Puy-de-Dôme) ; La Rye Le Vigeant (Vienne) ; Saint-Maurice-l'Ardoise (Gard) ; Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) ; Bias (Lot-et Garonne) autrement appelé CARA (centre d'accueil des rapatriés d'Algérie).

La fourchette d'âge prise en compte correspond à la période comprise entre, d'une part, la fin de la scolarité obligatoire (16 ans), à partir de laquelle les intéressés étaient en mesure de commencer à exercer une activité professionnelle et acquérir des droits à retraite et, d'autre part, l'âge de la majorité applicable à l'époque (21 ans).

Enfin, ce dispositif est limité à la période allant du 18 mars 1962, date des accords d'Évian, au 31 décembre 1975, date de la fermeture des camps, afin de couvrir l'intégralité des séjours effectués dans ces camps.

Le nombre de trimestres racheté dans ce cadre sera limité à quatre, sans que le total des trimestres rachetés dans le cadre de l'ensemble des dispositifs similaires (années d'étude, années incomplètes) ne puisse excéder douze trimestres.

Un décret précisera les modalités de mise en œuvre du rachat, notamment en ce qui concerne les conditions et pièces justificatives à fournir pour bénéficier de ce dispositif de rachat, les conditions de prise en compte dans le calcul de la pension (taux seul) et les conditions de mise en œuvre de la réduction forfaitaire prise en charge par l'Etat, qui s'élèvera à 2 000 € par trimestre.

La demande de rachat sera opérée auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse au titre de la durée d'assurance au régime général : les trimestres acquis à ce titre seront reconnus dans les autres régimes, y compris les régimes complémentaires de retraite.

b) Autres options possibles

La réduction forfaitaire aurait pu être alignée sur le montant applicable pour le rachat en faveur des « jeunes » créé par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, soit 1 000 euros par trimestre racheté. Toutefois, il en serait résulté un reste à charge proportionnellement beaucoup plus important pour les assurés enfants de harkis (en effet, le montant du rachat est notamment fonction de l'âge de l'assuré au moment de la demande). C'est pourquoi le montant de cette réduction forfaitaire sera fixé de telle sorte à ce qu'il corresponde, en proportion, à celui

applicable dans le cadre du rachat pour les jeunes (soit 40% du coût d'un trimestre), ce qui conduit à retenir une aide de 2 000 euros.

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

La mesure génère à court terme des recettes supplémentaires pour le régime général d'assurance vieillesse par le biais du versement des cotisations, ainsi que, à plus long terme, des dépenses supplémentaires liées à l'amélioration du montant des pensions servies. Elle trouve donc sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application des 1°, 2° et 3° du B et 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure n'applique pas une mesure du droit dérivé européen et relève de la compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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 : il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant à ce sujet, qui relève de la seule compétence des Etats membres.

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

a) Possibilité de codification

Disposition temporaire ne donnant pas lieu à codification.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure a un coût à long terme compte tenu de la minoration du coût du rachat par rapport au montant actuariellement neutre.

Néanmoins, si à long terme elle conduira à un accroissement futur du montant des pensions liquidées, à court terme elle s'accompagnera par un versement de cotisations supplémentaires.

Sur la base des données disponibles relatives au nombre de familles ayant séjourné dans les camps entre 1962 et 1975 et du nombre moyen d'enfants par famille, ce rachat aidé pourrait bénéficier à environ 2.500 personnes au total. L'hypothèse retenue pour le chiffrage est celle d'un taux de recours de 10% au dispositif. En considérant que l'âge moyen de départ à la retraite est de 62 ans pour chaque trimestre racheté, la sécurité sociale recevra 3 300 € en moyenne et l'Etat versera au régime général 2 000€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Etat			-0,85	-0,85	-0,20
Sécurité sociale - Régime de retraite de base			+1,5	+1,5	+0,3

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Le coût du rachat est allégé pour ces assurés puisqu'il correspond à environ 40% du prix applicable pour le rachat des années incomplètes ou des années d'étude. Il permettra aux assurés concernés d'accroître le montant de leur pension de retraite et/ou d'anticiper leur date de départ.

b) impacts sociaux

Les trimestres rachetés permettront aux assurés de compléter et d'améliorer leurs droits à retraite au titre de périodes durant lesquelles ils n'ont pas pu se constituer de droits à retraite.

La réduction forfaitaire de 2.000 euros facilitera par ailleurs le rachat de trimestres pour les intéressés en en réduisant le coût de manière significative : à titre d'illustration, le rachat d'un trimestre pour la détermination du taux de liquidation (« taux seul ») à 61 ans s'élève à 3.300 euros environ dans le droit commun (années incomplètes ou années d'études). Avec la réduction forfaitaire de 2.000 euros, le reste à charge pour l'assuré par trimestre sera ramené à 1.300 euros.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure bénéficie de la même manière aux fils et filles de Harkis.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Les trimestres rachetés au titre de ce nouveau dispositif permettront aux assurés concernés d'augmenter la valeur du taux de liquidation de leur pension de retraite : ils pourront ainsi améliorer le montant de cette pension et éventuellement anticiper leur départ à la retraite d'une année au maximum.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La gestion de cette nouvelle mesure sera assurée par la CNAV, en cohérence avec sa gestion actuelle du dispositif de versements pour la retraite des années d'études supérieures ou des années incomplètes.

Ce dispositif de rachat, simple dans ses modalités, ne requiert pas d'aménagements techniques ou en gestion particuliers de la part de la CNAV.

La mise en œuvre d'un nombre circonscrit de pièces justificatives, s'appuyant en particulier sur les documents et attestations délivrés par les services départementaux de l'Office national des anciens combattants (ONAC), permettra de faciliter les démarches des assurés et de sécuriser le processus d'éligibilité au dispositif, en limitant ainsi au maximum les contraintes de gestion administrative pour la CNAV.

Trois documents peuvent permettre d'apporter la preuve d'un séjour des enfants des anciens membres des formations supplétives et assimilées ou victimes de la captivité en Algérie entre 16 et 21 ans dans un camp, sachant que les familles n'étaient pas séparées sauf cas extrêmement rares : le carnet familial de rapatrié qui précise pour chaque harki les passages en camps avec les dates ainsi que les dates de naissance des enfants ; la notice de renseignement établie pour chaque harki par le ministère des rapatriés et qui précise les mêmes informations ; le livret de famille précise le nom et la date de naissance des enfants ainsi que le lieu de naissance. D'autres documents sont susceptibles d'apporter, dans certains cas particuliers, la preuve d'un séjour en camps entre 16 et 21 ans pour les enfants de harkis.

Afin de faciliter les démarches, l'assuré intéressé se rapprochera des services départementaux de l'ONAC qui établiront un certificat confirmant la présence de l'enfant de harki dans un camp entre 16 et 21 ans. Il se rapprochera ensuite de la caisse nationale d'assurance vieillesse muni de ce document.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre

Un décret, pris après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) précisera les modalités de mise en œuvre de l'aide, notamment en ce qui concerne les pièces justificatives permettant d'établir la réalité du séjour en camp. Ce décret précisera également les conditions de prise en compte des trimestres rachetés dans ce cadre pour le calcul de la pension de vieillesse (prise en compte pour la détermination du taux de liquidation).

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires

Aucune mesure transitoire n'est nécessaire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La communication relative à cette mesure sera intégrée au plan de communication accompagnant plus largement la mise en œuvre du plan en faveur des harkis.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure ne nécessite aucun suivi particulier, la Caisse nationale d'assurance vieillesse sera en mesure de décompter le nombre de rachats effectués chaque année dans ce cadre.

ARTICLE 58 – Dispositions relatives aux dotations de la branche des accidents du travail

I. Présentation de la mesure

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

a) FIVA.

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. De sa création à 2014, le FIVA a été doté de 4,35 Md€ dont 3,9 Md€ provenant de la branche AT-MP. Pour 2014, la contribution de celle-ci avait été fixée à 435 M€ contre 115 M€ en 2013. Pour 2015, le total des dépenses est évalué à 480 M€. Compte tenu du résultat cumulé fin 2014, qui serait de -16 M€, et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 80 M€, dont 50 M€ de reprises sur provisions), d'une dotation de l'Etat de 10 M€, une dotation de la branche AT-MP de 380 M€ est nécessaire pour 2015.

b) FCAATA.

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 flochage ou de calorifugeage à l'amiante, dans certains établissements de construction et de réparation navales 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 2013, 23 796 personnes bénéficiaient du dispositif.

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) est revenu à l'équilibre en 2010. Son solde était en effet, pour cette année, excédentaire de 9 M€ et cette tendance s'est accentuée les trois années suivantes : + 51 M€ en 2011, + 64 M€ en 2012 et + 109 M€ en 2013. Pour 2014, il devrait être excédentaire de 70 M€.

Cette amélioration résulte de la diminution continue, depuis 2009, des dépenses du Fonds : - 0,2 % en 2009, - 2,9 % en 2010 et 2011, - 1,8 % en 2012 et - 4,5% en 2013. Elles devraient encore diminuer de 4,1 % en 2014. Le produit de la fraction des droits sur les tabacs affectée au Fonds devrait rester stable en 2014 pour s'établir à 35 M€.

c) Sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale 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.

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.

Depuis 1997, sept 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, celles présidées par M. Noël DIRICQ, en 2005, 2008 et 2011, et celle présidée par M. Jean-Pierre BONIN en 2014.

Le tableau ci-dessous retrace les montants reversés par la branche AT-MP depuis 1997 :

Objet	Année	Montant (millions d'€)
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
Maladies professionnelles + accidents du travail	2012	790,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2013	790,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2014	790,00

Le rapport de la dernière commission de 2014 dresse pour commencer un bilan globalement positif de la mise en œuvre des préconisations des précédentes commissions ainsi que des mesures mises en place depuis lors pour améliorer le taux de déclaration et la reconnaissance des AT-MP ; toutefois, les efforts doivent être poursuivis pour homogénéiser les pratiques des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles et des CPAM et pour améliorer le signalement des accidents du travail par les hôpitaux et la formation des étudiants en médecine en matière de détection du caractère professionnel de certaines maladies. La commission a aussi regretté l'importance des délais de mise à jour des tableaux de maladies professionnelles, tout en soulignant que le dispositif résultant des textes ne permettait pas d'aller beaucoup plus vite en l'état des moyens existants.

Cette commission, comme les précédentes, s'est attachée à tenter de comparer les niveaux de déclaration et reconnaissance entre un certain nombre de pays européens, en soulignant cependant les limites de cet exercice tant les systèmes et les pratiques diffèrent d'un pays à l'autre. Les conclusions qu'elle en a néanmoins tirées étaient, d'une part, que la France reconnaît beaucoup plus que les autres pays les troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs et, d'autre part que les dermatoses y sont vraisemblablement très sous-déclarées.

Le rapport revient par ailleurs sur les causes de la sous-déclaration, qui sont multiples et restent inchangées : méconnaissance par la victime ou par ses ayants-droit de l'origine professionnelle de l'affection, appréhensions du salarié au regard de l'emploi ou de la complexité de la procédure, préférence pour la pension d'invalidité, pressions de certains employeurs sur les salariés afin d'éviter la déclaration, insuffisantes formation et information des médecins, manque d'effectifs des médecins 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. S'agissant spécialement des cancers, la commission souligne les difficultés de reconstitution des séquences d'exposition des salariés d'entreprises extérieures et des intérimaires souvent amenés à effectuer des travaux les exposant à des cancérogènes, lesquelles difficultés sont amplifiées par l'absence de mise à jour ou d'archivage des fiches d'exposition.

Enfin, le rapport évalue le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général dans la fourchette de 695 M€ à 1300 M€. Cette forte augmentation par rapport à 2011 (587 M€ à 1100 M€) s'explique surtout par l'accroissement du nombre de malades, qui a différentes causes. Dans le cas des asthmes, l'évaluation globale de l'effectif des asthmatiques sur la base d'études plus approfondies aboutit à un quintuplement ; dans le cas des cancers, cet accroissement résulte d'une détection plus précoce des maladies et de l'allongement de l'espérance de survie ; enfin, les affections du rachis lombaire ont pu, cette fois, être évaluées, ce qui n'avait pas été possible précédemment.

Le rapport formule enfin un certain nombre de préconisations visant, pour l'avenir, à limiter le phénomène de sous-déclaration, parmi lesquelles l'amélioration de la formation des médecins sur la détection du caractère professionnel des maladies, la simplification et la mise en cohérence des réglementations applicables en matière d'AT-MP et d'invalidité et l'archivage des documents uniques d'exposition aux risques.

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

a) Mesure proposée

→ FIVA.

Au 31 décembre 2014, le montant total des dépenses devrait s'établir à 513 M€, le résultat net de l'exercice à 2 M€ et le résultat net cumulé à -16 M€. Le total des dépenses pour 2015 est évalué à 480 M€. Compte tenu des autres produits du fonds (estimés à hauteur de 80 M€) et d'une dotation de l'Etat de 10 M€, une dotation de la branche AT-MP de 380 M€ est proposée. Ainsi, le résultat net fin 2015 serait égal à -10 M€ et le résultat cumulé fin 2015 s'établirait à un -26 M€. Il convient de noter que le fonds de roulement du FIVA (73 M€ à fin 2015) lui permettrait néanmoins d'assurer ses dépenses d'indemnisation, d'une part, et garantirait une réserve prudentielle égale à deux mois d'activité, d'autre part. Le compte prévisionnel du Fonds est présenté dans l'annexe 8 du présent projet de loi.

→ FCAATA.

Il est proposé de fixer la dotation au FCAATA à 693 M€ pour l'année 2015.

→ Sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles

Compte tenu des éléments présentés ci-dessus et notamment de l'évolution de la fourchette d'évaluation de la sous-déclaration, il est proposé de porter le montant du versement pour 2015 à 1 000 M€ (au lieu de 790 M€ en 2014), qui correspond à la moyenne des bornes inférieure et supérieure de la fourchette. Cette augmentation ne remet pas en cause l'équilibre financier de la branche pour 2015.

b) Autres options possibles

Sans objet

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

a) FIVA.

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 par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, trouve sa place en quatrième partie de la 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.

b) FCAATA.

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 par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, trouve sa place dans la quatrième partie de la 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.

c) Sous-déclaration des ATMP.

L'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale précise que le montant de la contribution versée par la branche AT-MP à la branche 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 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 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Sans objet s'agissant de transferts financiers de la branche des ATMP
Mayotte	Idem
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Idem
Saint-Pierre et Miquelon	Idem
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Idem

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Branche AT-MP du régime général		0	-2 073	-1 000	-1 000
FIVA		0	+380		
Branche Maladie du régime général		0	+1 000	+1 000	+1 000
FCAATA		0	+693		

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La branche AT-MP est financée quasi-exclusivement par des cotisations des entreprises. La dotation qu'elle verse au FIVA représente pour elles l'équivalent d'environ 0,07 point de cotisations. Les dotations versées au FCAATA et à l'assurance maladie représentent chacune respectivement l'équivalent de 0,14 et 0,2 point de cotisations.

b) impacts sociaux

Les transferts opérés vers le FIVA et le FCAATA permettent de poursuivre la mise en œuvre des processus d'indemnisation et de départs anticipés des personnes concernées.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure est sans impact.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure est sans impact.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Aucun texte d'application n'est nécessaire, la mesure est d'application immédiate.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

→ FIVA.

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficacité Accidents du travail-Maladies professionnelles.

Les données relatives au FIVA font partie des données de cadrage du PQE (indicateur n° 1.8 Part des contributions de la branche AT- MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante).

→ FCAATA.

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficacité Accidents du travail-Maladies professionnelles. Les données relatives au FCAATA font partie des données de cadrage du PQE (indicateur n° 9.8 Part des contributions de la branche AT- MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante).

→ Sous-déclaration des AT-MP.

La mesure sera suivie dans le cadre du rapport triennal de la commission relative à la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

ARTICLE 59 - Extension du bénéfice des indemnités journalières ATEXA aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux

I. Présentation de la mesure

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

La loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 qui a mis en place l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non salariés agricoles (ATEXA) prévoit que les personnes affiliées à ce régime bénéficient de prestations en nature et en espèces. L'ensemble des assurés bénéficient des prestations en nature. Les prestations en espèces comportent l'octroi d'indemnités journalières (IJ) en cas d'incapacité de travail temporaire et l'attribution d'une rente en cas d'incapacité physique permanente (IPP).

Une rente est versée aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole justifiant d'un taux d'IPP au moins égal à 30% ainsi qu'aux collaborateurs et aux aides familiaux si l'incapacité est totale (100%).

En revanche, seuls les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole peuvent bénéficier d'indemnités journalières.

Les conditions restrictives d'accès aux prestations en espèce s'expliquent par le fait que le régime ATEXA est autofinancé par les cotisations professionnelles et que le montant des prestations offertes par le régime doit tenir compte des facultés contributives des assurés.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a créé des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie, invalidité et maternité (AMEXA) des non salariés agricoles et prévu que ces prestations sont attribuées aux chefs d'exploitation ainsi qu'aux collaborateurs et aux aides familiaux.

Dans ce contexte, il paraît nécessaire d'harmoniser les législations sociales dont bénéficient les personnes non salariés agricoles en étendant l'attribution des indemnités journalières en ATEXA, aux collaborateurs d'exploitation, aux aides familiaux et aux associés d'exploitation.

Il s'agit d'une mesure d'équité vis-à-vis de personnes qui exercent une activité professionnelle régulière sur l'exploitation agricole.

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

a) Mesure proposée

La mesure étend le bénéfice des indemnités journalières ATEXA aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux.

b) 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 a un impact direct sur les dépenses du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des personnes non salariées des professions agricoles. Elle prend ainsi place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu des 1° et 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

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

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

Cette mesure modifie l'article L. 752-5 du 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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure qui sera applicable en vertu d'une disposition spécifique qui figurera dans un autre texte
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélemy	mesure directement applicable
Saint Pierre et Miquelon	mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût de la mesure est estimé à 4 M€.

Le coût de la mesure est estimé prenant pour hypothèse une consommation d'IJ par les membres de famille identique à celle des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole. Le coût des indemnités journalières pour les chefs est de 40 M€ par an environ (40,9 M€ en 2012). La population de membres de famille (collaborateurs et aides familiaux) représentant 10% environ de celle des chefs, le coût de la mesure est donc estimé à 4 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
	-	-	+ 4	+4	+4

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure est sans impact économique.

b) impacts sociaux

La mesure permet d'améliorer le niveau de couverture sociale des collaborateurs d'exploitation et des aides familiaux, qui jusqu'à présent ne pouvaient pas être indemnisés de la perte de revenus liée à l'interruption de l'activité en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure participe de la réduction des inégalités entre les hommes et les femmes. Les conjoints collaborateurs demeurent en effet majoritairement des conjointes collaboratrices. Etendre l'attribution d'indemnités journalières aux conjoints collaborateurs à raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle permet donc d'améliorer, de facto, les droits des femmes qui participent à l'exercice de l'activité non salariée agricole de leur conjoint.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Aucun.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Pas d'impact significatif. La mesure se limite à étendre un dispositif existant.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Aucun. La mesure sera gérée avec les moyens budgétaires existants et sans recrutement supplémentaire de personnels.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un arrêté conjoint des ministres respectivement chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale fixera le gain forfaitaire à partir duquel l'indemnité journalière sera calculée. Il sera soumis pour avis au conseil central de la MSA.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure sera applicable le 1^{er} janvier 2015, pour les assurés justifiant d'incapacités de travail débutant à compter de cette date.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information des assurés sera réalisée par la Mutualité sociale agricole.

d) Suivi de la mise en œuvre

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole assurera un suivi précis de la mise en œuvre de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 752-5 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 752-5 modifié du code rural et de la pêche maritime
<p>Une indemnité journalière est attribuée au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à l'expiration d'un délai déterminé par décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu aux articles L. 443-1 et L. 443-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Cette indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable.</p>	<p>Une indemnité journalière est attribuée au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à l'expiration d'un délai déterminé par décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu aux articles L. 443-1 et L. 443-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Cette indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable.</p> <p>Bénéficiaires d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, de continuer ou de reprendre le travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle :</p> <p>1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ;</p> <p>2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 ;</p> <p>3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10.</p> <p>Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai déterminé par décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu aux articles L. 443-1 et L. 443-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés respectivement de l'agriculture et de la sécurité sociale. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable.</p>

ARTICLE 61 – Modulation de la prime à la naissance et à l'adoption selon le rang de l'enfant

I. Présentation de la mesure

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

La prime à la naissance (PN) et à l'adoption (PA) permet de faire face aux premières dépenses liées à l'arrivée de l'enfant. Elle est versée sous condition de ressources, en une seule fois pour chaque naissance (lors du 7^{ème} mois de la grossesse) ou chaque adoption (lors de l'arrivée de l'enfant au foyer). Son montant est identique pour toutes les familles qui y sont éligibles. Le plafond de ressources pour le bénéfice de la prime à la naissance et à l'adoption est le même que celui de l'allocation de base¹. Il est majoré dans les mêmes conditions (22% par enfant à charge et majoration en cas de biactivité ou d'isolement).

Au 1^{er} avril 2014, le montant de la prime à la naissance s'élève à 923,08€ (après CRDS) et celui de la prime à l'adoption s'élève à 1 846,15€ (après CRDS).

Au mois de décembre 2012, 51 000 familles ont bénéficié d'une prime à la naissance ou à l'adoption, soit près de 600 000 familles sur l'année, ce qui représenta une dépense de 647M€ pour la branche famille.

2. Présentation de la mesure

Actuellement, le montant de la prime à la naissance est le même pour toutes les familles et pour chaque enfant à naître, quel que soit son rang. Le montant de la prime à l'adoption est également identique pour toutes les familles, quelque soit le rang de l'enfant adopté au sein de la famille.

La mesure consiste à réduire le montant de la prime à la naissance et à l'adoption à compter du 2^e enfant, à 33% de son montant actuel.

Montant de la prime selon le rang de l'enfant

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Prime à la naissance	923€	304€	304€	304€
Prime à l'adoption	1846€	609€	609€	609€

En droit, la mesure suppose de modifier l'article L 531-2 du code de la sécurité sociale pour inscrire que le montant de la prime varie selon le rang de l'enfant.

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

Cette mesure, qui nécessite la modification d'articles 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 2^o 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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

¹ Pour les naissances et adoptions à compter du 1er avril 2014, le plafond de ressources pour le bénéfice de la prime à la naissance et à l'adoption est celui de l'allocation de base à taux partiel.

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 européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

Cette mesure nécessite de modifier l'article L. 531-2 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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure de modulation du montant de prime s'appliquera au flux des nouvelles naissances et adoptions.

Organismes impactés	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Branche famille			+247	+247	+247

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure doit participer au rééquilibrage de la branche famille.

b) impacts sociaux

Cette mesure entraîne la diminution du montant de la prime à la naissance ou à l'adoption pour 350 000 familles, soit environ 50 % des bénéficiaires.

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Aucun impact.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Les nouveaux allocataires de la prime à la naissance ou à l'adoption percevront une prime diminuée à compter du 2^e enfant.

Aucune démarche supplémentaire n'aura à être effectuée par les assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure est gérée par les CAF et les caisses locales de la MSA.

La modulation du montant de la prime selon le rang de l'enfant suppose une évolution informatique, la formation des agents des caisses et l'information des familles.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Il conviendra de modifier l'article D. 531-2 CSS.

b) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Elles sont assurées par les CAF et les caisses locales de la MSA.

c) Suivi de la mise en œuvre

La mesure n'est pas suivie en tant que telle mais aura un impact sur l'indicateur de cadrage 5 mettant en perspective le nombre de bénéficiaires au regard des masses financières représentées par chaque type de prestation ainsi que sur les indicateurs d'objectif/résultat 1 (relatif à la contribution à la compensation financière des charges de la famille) et 2 (relatif à l'aide aux familles vulnérables et à la réduction du taux de pauvreté).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 531-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 531-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption.</p> <p>La date de versement de cette prime est fixée par décret.</p> <p>Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.</p> <p>Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.</p>	<p>La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime varie selon le rang de l'enfant au sein du foyer qui en a la charge. Il est majoré en cas d'adoption.</p> <p>La date de versement de cette prime est fixée par décret.</p> <p>Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.</p> <p>Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.</p>

ARTICLE 63 - 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'invalidité (à 60 ans pour la génération 1950), mais dont le montant des retraites perçues est faible (avec cumulativement une retraite globale agrégeant base et complémentaire inférieure à 1 120€ par mois et une retraite de base inférieure à 629€ par mois).

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 un important mécanisme de solidarité intra-générationnelle garantissant un meilleur niveau de prestations vieillesse aux retraités les plus modestes ayant obtenu le taux plein.

A ce titre, 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.

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. ».

Depuis 2012 le régime général a bénéficié chaque année de 3,4 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 qui fondent l'évaluation de ce transfert, ces montants correspondent à un peu plus de la moitié de la dépense totale des régimes. Les dépenses engagées par les régimes au titre du minimum contributif ne sont en effet pas aujourd'hui retracées de manière spécifique dans leurs comptes et ne peuvent ainsi être évaluées que par une approche statistique.

Afin de financer ces charges, de nouvelles recettes avaient été affectées au fonds en 2011 et 2012.

Compte tenu de l'absence à ce jour de suivi comptable des dépenses réellement à la charge des régimes, l'article L. 135-2 précité prévoit qu'il revient au législateur de fixer en LFSS la contribution du FSV au financement du minimum contributif pour l'année à venir.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de fixer à compter de 2016 les montants financés par le Fonds en fonction d'une clef pérenne prévue par décret pour répartir les prestations prises en charge par le FSV et celles à la charge des régimes au titre du minimum contributif. Cette évolution suppose au préalable la mise en place d'un suivi distinct en comptabilité des prestations versées par les régimes au titre du minimum contributif, les montants de ces prestations « différentielles » n'étant pas retracés à ce jour séparément des autres composantes des avantages de base (hors majorations) et demeurant évalués sur une base statistique. Les évolutions des systèmes d'information des régimes concernés, en cours à cette fin, ne permettent d'envisager la mise en œuvre de cette mesure qu'à compter du 1^{er} janvier 2016.

Dans l'attente de ces évolutions, les montants financés par le FSV au titre du MICO doivent continuer à être fixés en LFSS, au titre de l'exercice 2015. Il est à cet effet proposé de maintenir à un total de 3,9 Md€ pour l'exercice 2015 le montant de la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse des dépenses du minimum contributif, lequel montant sera réparti comme pour l'exercice précédent entre les régimes bénéficiaires.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de majorer le montant du transfert à la charge du Fonds de solidarité vieillesse au titre du minimum contributif, afin de se rapprocher progressivement d'une prise en charge totale des dépenses engagées par les régimes. Cette solution aurait néanmoins conduit, toutes choses égales par ailleurs, à dégrader les comptes du Fonds, alors même qu'ils présentent depuis plusieurs années une situation déficitaire à laquelle il convient de remédier.

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

Le 2° de 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 quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a, en premier lieu, un impact direct sur les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse, organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base au sens des dispositions organiques (1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale). Elle a, 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'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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

Sans objet.

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	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure non applicable</i>

Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	Mesure non applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
FSV			- 3 900	- 3 900	- 3 900
CNAV			+3 400	+3 400	+3 400
MSA			+400	+400	+400
RSI			+100	+100	+100

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

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, les comptes tendanciels des régimes sont établis dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale sur la base de transferts inter organismes inchangés d'une année sur l'autre. L'option proposée est donc sans impact financier pour les régimes comme pour le fonds par rapport à ces comptes tendanciels.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure ne présente pas d'impact économique.

b) impacts sociaux

Cette mesure ne présente pas d'impact social.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Sans objet.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants pour le FSV.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mesure est d'application directe.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure est d'application immédiate.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et n'a pas d'impact sur les indicateurs attachés aux PQE.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p align="center">Article L. 131-7 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 131-7 modifié du code de la sécurité sociale (entrée en vigueur au 1er janvier 2016)</p>
<p>Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :</p> <p>1° Le financement des allocations mentionnées :</p> <ul style="list-style-type: none"> -au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ; -au chapitre V du titre Ier du livre VIII ; -à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ; <p>2° Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;</p> <p>[...]</p>	<p>Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :</p> <p>1° Le financement des allocations mentionnées :</p> <ul style="list-style-type: none"> -au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ; -au chapitre V du titre Ier du livre VIII ; -à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ; <p>2° Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, Une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50%, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;</p> <p>[...]</p>

ARTICLE 65 – Proportionnalité des sanctions prononcées en cas de fraudes aux prestations famille et vieillesse

I. Présentation de la mesure

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

Le dispositif de sanctions en cas de fraudes aux prestations familiales et vieillesse est insuffisamment adapté à la diversité des situations rencontrées.

Afin de garantir une plus grande proportionnalité des sanctions prononcées, il est proposé de mettre en place un dispositif de sanctions cohérent, plus adapté aux situations individuelles et mieux utilisable par les organismes de recouvrement. La mesure garantira ainsi une plus grande effectivité des pénalités prononcées. Elle comporte trois volets :

- L'abaissement du seuil minimum de pénalités,
- La mise en place de sanctions en cas d'obstacle à contrôle,
- La mise en place d'un dispositif de sanctions renforcées en cas de réitération d'infractions.

Tout d'abord, l'abaissement du seuil minimum des pénalités vise à favoriser le recours aux pénalités financières pour les fraudes de faible ampleur. L'objectif est de mieux adapter les sanctions prononcées à la gravité de la fraude.

Les pénalités prononcées sont actuellement de 313 € minimum, soit un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale et peuvent atteindre 12 516 €. En cas de fraude de faible gravité, la diminution du montant minimal de la pénalité, pour le fixer à un trentième du plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 104 €), facilitera le prononcé de sanctions financières qui auront un caractère plus adapté que dans le dispositif actuel où les caisses ont le choix entre une pénalité plus élevée ou bien un simple avertissement.

Il est ensuite proposé de créer une sanction en cas d'obstacle à un contrôle.

Les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses d'Assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) font en effet face à une augmentation d'obstacles à contrôle : en 2012, 14% des contrôles réalisés par les CAF et 18% de ceux conduits par les CARSAT ont ainsi été rendus difficiles ou empêchés.

Ces obstacles à contrôle prennent diverses formes : refus explicite du contrôle, refus implicite lorsque l'assuré ne donne pas suite aux demandes de rendez-vous de l'agent de contrôle, non-communication d'informations ou de pièces justificatives, violences physiques ou verbales.

En cas d'obstacle à contrôle, les CAF et les CARSAT ont la possibilité de suspendre le service des prestations pour inciter les assurés à se soumettre aux contrôles, conformément à l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, le dispositif existant est inadapté notamment lorsque l'allocataire bénéficie d'une aide au logement versée directement aux bailleurs. De plus, il peut sembler disproportionné quand il vise les bénéficiaires de minimas sociaux. Il est, en outre, sans effet en cas de contrôle sur le versement de prestations indues, lorsque l'allocataire n'a plus de droit ouvert.

A l'instar des dispositifs existants dans la branche maladie et recouvrement, une sanction *ad hoc* en cas d'obstacles à contrôle facilitera les démarches des agents de contrôles des CAF et des CARSAT tout en respectant les droits des assurés.

Enfin, l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction actuelle prévoit qu'en matière de fraudes, le montant des pénalités financières peut être doublé en cas de récidive.

Conformément à la définition de la récidive prévue dans le code pénal, le doublement de la pénalité n'intervient qu'à des conditions restrictives : le caractère identique des faits et le prononcé d'une pénalité.

Néanmoins, les organismes de protection sociale ne disposent pas d'outils juridiques leur permettant de renforcer le caractère dissuasif des pénalités prononcées en cas de réitération d'infractions.

Du fait de la diversité des fraudes existantes, les organismes peuvent être confrontés à des fraudes caractérisées pour des situations différentes – fausse déclaration, omission de déclaration, fraude pour des prestations de nature différente... Afin de prendre en compte la diversité des situations frauduleuses rencontrées il est proposé de préciser le champ des infractions faisant l'objet d'une récidive. Ainsi, l'ensemble des manquements édictés à l'article L. 114-17 CSS pourra être constitutif d'une récidive dès lors que la première infraction constatée est devenue définitive.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à modifier l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, relatif au régime des pénalités susceptibles d'être prononcées par les CAF et les CARSAT, en diminuant le seuil minimal des pénalités, en créant le motif d'obstacle à contrôle et en précisant le champ des infractions constituant la récidive.

• *Modification du seuil minimal de pénalités*

Il est, d'une part, proposé de diminuer le seuil minimal des pénalités financières. Ce montant ne pourra être inférieur à un trentième du plafond mensuel de la sécurité sociale. Il permet le prononcé de sanctions financières en cas de fraude de faible gravité et évite ainsi le recours aux avertissements de nature moins dissuasive.

Le seuil minimal des pénalités financières est aujourd'hui fixé à un dixième du plafond de la sécurité sociale. Il est proposé d'abaisser ce seuil afin d'éviter le recours à tort aux avertissements par CAF et les CARSAT.

En 2013, 6 709 avertissements ont été prononcés par les caisses d'allocations familiales. A l'appui de la modification législative présentée, la CNAF envisage de diffuser un barème de sanctions aux CAF afin de permettre une meilleure qualification des sanctions et une aide à la décision au moment du prononcé des pénalités financières.

• *Introduction de la notion d'obstacles à contrôle*

D'autre part, la mesure conduit à ajouter aux quatre motifs justifiant le prononcé d'une pénalité par le directeur des organismes des prestations familiales ou de vieillesse un cinquième cas, l'obstacle à contrôle.

Les CAF et les CARSAT se verraient ainsi reconnaître le pouvoir de prononcer des pénalités à la suite des refus de contrôle ou de communication d'informations ou de documents.

Dans la branche famille, les cas d'obstacle à contrôle sont de l'ordre de 14% des contrôles réalisés (soit 28 000 cas sur la base d'environ 200 000 contrôles sur place réalisés en 2013) et tendent à augmenter. Concernant les contrôles sur pièces, le nombre de refus opposés aux contrôles réalisés par les CAF est de l'ordre de 100 000.

• *Introduction de la notion de réitération d'infractions*

Enfin, il est proposé d'intégrer la notion de réitération d'infractions pour sanctionner la répétition dans le temps d'agissements frauduleux, quelle que soit leur nature tout en prenant en compte la gravité des faits pour fixer le montant de la pénalité.

En 2013, la CNAF a identifié 695 cas représentant un montant total de prestations indûment versées de plus de 4,5 millions d'euros.

Ce nombre correspond à des réitérations de fraude, quel que soit l'acte frauduleux réitéré : omission de déclaration, fausse déclaration, dissimulation de concubinage, faux et usage de faux et escroquerie. La présente mesure permettrait ainsi de doubler le montant des pénalités financières prononcées dans ce type de cas tout en leur donnant un caractère plus dissuasif.

b) Autres options possibles

Le maintien des dispositions actuelles applicables en matière de fraude conduirait à la fois à un dispositif moins efficace globalement et potentiellement plus injuste individuellement.

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

La lutte contre la fraude participe à l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale. Le renforcement du dispositif de sanctions et la mise en place d'une meilleure proportionnalité des pénalités prononcées contribuent au recouvrement de prestations indûment versées. Elle relève du champ des lois de financement de la sécurité sociale en application 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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L. 114-17 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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
Collectivités d'Outre mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre et Miquelon</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier positif attendu résulte des conséquences des redressements permis par la mesure et principalement de la création de la sanction pour obstacle à contrôle. Le gain résultera donc de l'augmentation du nombre de redressements, a fortiori s'il on considère que les refus de contrôle sont souvent le fait des fraudeurs.

Les contrôles effectués par la CNAF aboutissent à des redressements de 6 700 € de moyenne. Si on estime que le dispositif a pour effet général d'augmenter le nombre de redressements à hauteur de 5% des cas d'obstacle à contrôle (qui ont été de 168 000 en 2013), l'impact pour la branche famille peut être estimé à 5,6 M€. L'abaissement de la pénalité minimale conduirait les organismes à prononcer environ 3 500 pénalités nouvelles de 200 € en moyenne sur les 7 000 avertissements notifiés actuellement soit un gain de 0,7 M€. La réitération d'infractions similaires n'étant pas définie, il est difficile, en dehors de la récurrence, d'en évaluer précisément l'impact ; pour autant, 300 pénalités ont été appliquées pour des faits similaires en 2013 représentant un montant, qui est sans doute un minorant, de 0,2 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régime général (branche famille majoritairement)			6,5	6,5	6,5

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure vise avant tout la lutte contre la fraude afin de mieux atteindre l'objectif cible de chaque prestation accordée.

b) impacts sociaux

La mesure permettra un juste calcul des droits sociaux des différents assurés.

c) impacts sur l'environnement

Sans effet sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure s'applique indistinctement aux femmes et aux hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure permet d'accroître le caractère dissuasif des sanctions prononcées et favorise une plus grande proportionnalité des pénalités financières en fonction de la gravité de la fraude. Le nouveau dispositif permettra de mieux sensibiliser les allocataires sur le respect des règles.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Ces nouvelles sanctions ne nécessitent qu'un simple paramétrage des systèmes d'information dont l'impact est limité.

Les agents de contrôles disposeront d'un éventail d'actions élargi qui facilitera les conditions du contrôle, en particulier dans le cas de situations où la sanction est inexistante ou inadaptée aux faits.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Le coût du contrôle est identique, qu'il y ait aboutissement de la procédure ou obstacle à contrôle. La levée des obstacles à contrôle permettra de faire aboutir la procédure et renforcera ainsi l'efficacité des organismes.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'Etat déterminera le délai courant entre deux infractions permettant de qualifier la seconde de « réitération ».

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

En application du principe de non-rétroactivité des lois répressives plus sévères et de rétroactivité ou d'application immédiate des lois répressives plus douces :

- La diminution du seuil minimal de pénalités pourra s'appliquer à l'ensemble des sanctions prononcées à compter de la publication de la loi, y compris pour des infractions déjà commises ;
- La nouvelle sanction prononcée en cas d'obstacle à contrôle s'appliquera uniquement aux faits constatés postérieurement à la publication de la loi ;
- La nouvelle sanction liée à la réitération d'infractions s'appliquera uniquement pour des infractions renouvelées postérieurement à la publication du décret d'application précité fixant le délai courant entre deux infractions.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

C'est principalement à titre dissuasif que la refonte des pénalités appliquées est envisagée, une communication adaptée est prévue par l'intermédiaire des portails internet mais également lors des contrôles sur pièce et sur place.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la présente mesure sera réalisé par la CNAF et la CNAV et présenté dans leur bilan annuel conformément à l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-17 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 114-17 modifié du code de la sécurité sociale
<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>[...]</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>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>5° Les agissements visant à faire obstacle ou à se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents des organismes mentionnés au présent article.</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. Tout manquement réalisé en application du présent article et ayant donné lieu à une sanction devenue définitive peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement mentionné au présent article. 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>[...]</p> <p>II.-Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un quatrième trentième 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>

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 prévoit, d'une part, que les URSSAF ont l'obligation d'informer les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) du paiement d'un redressement de cotisations établi pour une entreprise et, d'autre part, que l'employeur doit transmettre à la CARSAT une déclaration faisant apparaître les montants des rémunérations individuelles rectifiés à la suite des contrôles réalisés, pour les salariés concernés.

Cette disposition s'applique à tous les contrôles : contrôle comptable d'assiette et contrôle effectué dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé.

Les CARSAT ne doivent ainsi procéder à la rectification des droits des salariés qu'une fois en possession de la déclaration rectificative établie par l'employeur et de l'information selon laquelle le redressement a été versé à l'organisme de recouvrement par l'employeur.

Le fait de lier la régularisation des droits des salariés au paiement effectif des cotisations redressées n'apparaît pas suffisamment protecteur des droits des salariés. Certains redressements, notamment pour travail dissimulé, présentent en effet des risques élevés d'insolvabilité de l'employeur et conduisent donc en pratique à une très faible prise en compte des rémunérations redressées pour la régularisation des droits des salariés.

En outre, lorsqu'il ne procède pas des suites d'un redressement, le versement des cotisations patronales n'est pas requis pour l'ouverture des droits vieillesse. Le code de la sécurité sociale prévoit en effet que « sont également valables pour l'ouverture du droit et le calcul desdites pensions, les cotisations non versées, lorsque l'assuré a subi en temps utile, sur son salaire, le précompte des cotisations d'assurance vieillesse ». Cela permet notamment de ne pas pénaliser les salariés d'entreprises en difficulté. Toutefois, cet article n'est pas applicable en cas de contrôle donnant lieu à un redressement.

Dès lors, de manière paradoxale, les salariés des employeurs qui ont fait l'objet d'un redressement révélant une défaillance de la part de ces derniers, sont moins protégés que dans le régime habituel de déclaration des cotisations.

Par ailleurs, si les textes prévoient la responsabilité déclarative de l'employeur, il apparaît qu'en pratique, lorsque la déclaration est faite, ce sont dans la majorité des cas les URSSAF qui procèdent à l'élaboration d'une déclaration modificative. Cette pratique se révèle plus simple pour l'employeur, les URSSAF disposant en général des éléments nécessaires à l'envoi des informations rectifiées. Par ailleurs, la réalisation par l'URSSAF de la déclaration constitue une garantie de la réalité de la déclaration, protectrice des droits des salariés, en cas de mauvaise volonté ou de disparition de l'entreprise.

Cette mesure est également applicable au régime agricole.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de ne plus conditionner dans le cas général (sauf cas avérés de collusion entre l'employeur et le salarié) la prise en compte des droits vieillesse au paiement des redressements afin de rétablir une égalité de traitement entre les salariés, notamment entre ceux victimes de travail dissimulé et ceux qui sont confrontés aux difficultés financières de leur entreprise.

Il est également proposé de laisser à l'URSSAF la charge d'établir et de transmettre le document permettant à la branche vieillesse de prendre en compte les modifications à apporter au niveau des droits des salariés.

b) Autres options possibles

- **Maintenir la responsabilité systématique de l'employeur pour l'établissement du document rectificatif des données sociales (statu quo)**

En pratique, les employeurs peuvent ne pas être disposés à le faire, particulièrement dans les situations de travail dissimulé ou de contestation des conclusions du contrôle. L'option de statu quo a donc été écartée en raison des contraintes qui en découlent, tant pour l'employeur que pour les organismes sociaux. Cette option nécessite en outre de prévoir un contrôle *a posteriori* des URSSAF afin de s'assurer que les données rectifiées correspondent bien aux constatations relevées.

- **Adopter une distinction suivant que le redressement résulte d'un contrôle comptable d'assiette ou d'un constat de travail dissimulé**

Considérant qu'en cas de travail dissimulé, l'employeur ne procède que très rarement aux formalités nécessaires, cette option aurait conduit à conserver la responsabilité de l'employeur pour les redressements suite à un contrôle comptable d'assiette et à transférer cette responsabilité aux URSSAF pour le travail dissimulé.

Cette option a été écartée afin de garantir l'égalité de traitement entre salariés. De plus, les modalités d'application auraient été complexes à définir, notamment pour les situations où le travail dissimulé est constaté lors du contrôle comptable d'assiette.

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

La mesure affecte les règles de recouvrement et au contrôle des cotisations de sécurité sociale et relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. Elle a également un impact, qui ira de façon croissante, sur les dépenses des régimes, ce qui justifie en outre son inscription en LFSS en application du 2° du C du même V.

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, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de 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 ?**

La mesure relève de la seule compétence de l'Etat membre.

- b) **La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : 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) ?**

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à ce sujet et d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

- a) **Possibilité de codification**

L'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale est modifié.

- b) **Abrogation de dispositions obsolètes**

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure non applicable

Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint Barthélemy	mesure directement applicable
Saint-Pierre et Miquelon	mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure a pour objectif de sécuriser les droits des salariés en facilitant les suites des contrôles effectués par les URSSAF et modifie les conséquences des procédures de contrôle en matière de cotisations sociales. Son impact financier sera lié aux droits nouveaux qui seront ouverts en pratique pour les intéressés. Compte tenu des montants de redressements constatés annuellement (820 M€ de redressements positifs effectués par les URSSAF en 2013), sous l'hypothèse prudente d'un accroissement de 10% des cas où un report au compte des assurés pourra être effectué, le montant des prestations supplémentaires, qui ira en augmentant au fur et à mesure que les salariés partiront en retraite, serait compris entre 1 et 3 M€ sur la période 2015-2017.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régime général (branche vieillesse majoritairement)			-1	-2	-3

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

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Cette mesure n'a pas d'impact économique sur les entreprises. Elle augmentera les revenus des retraités du fait des droits supplémentaires cités ci-dessous.

b) impacts sociaux

Pour les salariés, notamment ceux victimes du travail dissimulé, une meilleure prise en compte des rectifications des contrôles au niveau de l'enregistrement de leurs rémunérations auprès de la caisse vieillesse leur permettra le juste calcul des droits à pension.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Dans la mesure où les droits supplémentaires ouverts suite à contrôles ont un effet particulier pour les salariés à temps partiel ou rémunérés sous le plafond de la sécurité sociale, la mesure bénéficiera indirectement davantage aux femmes qui sont plus fortement représentées dans les catégories précédentes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Les salariés auront l'assurance du respect de leurs droits au regard du calcul de leur pension sans avoir à entreprendre de démarches spécifiques pour obtenir la validation des rehaussements d'assiette cotisée mises à jour lors des contrôles des URSSAF.

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Le circuit existant de transmission des documents entre les organismes sera adapté afin de permettre des échanges dématérialisés. Il s'appuiera sur l'outil utilisé par les inspecteurs en vue d'établir, à l'appui des conclusions de leurs investigations, les documents rectificatifs dont la production initiale est à la charge de l'employeur. L'enregistrement des différents motifs de redressement permettra ainsi d'éditer une déclaration modificative reprenant, pour les salariés dont les redressements ont un impact sur les rémunérations, la différence, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, entre le montant de la nouvelle rémunération à prendre en compte pour le calcul des droits et le montant déjà enregistré sur les fichiers de l'assurance vieillesse.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Le dispositif sera géré par les organismes sociaux à enveloppe budgétaire inchangée et à effectif inchangé.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Des mesures d'application réglementaire sont nécessaires pour déterminer :

- Les cas dans lesquels le redressement a une incidence sur les droits des salariés ;
- Les modalités d'informations du salarié lorsque la collusion est retenue. Cette information indiquera les voies de recours dont le salarié dispose ;
- Les modalités de transmission des informations relatives au rétablissement des droits du salarié d'une part entre l'employeur et les organismes de recouvrement et d'autre part entre organismes.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Entrée en vigueur pour les redressements suite à contrôles notifiés à partir du 1^{er} janvier 2015.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Ces nouvelles dispositions pourront figurer notamment dans la charte du cotisant contrôlé qui est remise à tout employeur en début de contrôle.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les effets de cette mesure seront suivis dans le cadre des bilans annuels du contrôle effectués par les organismes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 242-1-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 242-1-3 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Lorsqu'un redressement de cotisations ou de contributions sociales dues par un employeur est opéré par une union de recouvrement ou une caisse générale de sécurité sociale, ledit organisme, après paiement du redressement et transmission par l'employeur des déclarations de rémunérations individuelles auxquelles il est tenu, informe sans délai les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 de ce paiement afin que les droits des salariés concernés soient rectifiés.</p>	<p>Lorsqu'un redressement de cotisations ou de contributions sociales dues par un employeur est opéré par une union de recouvrement ou une caisse générale de sécurité sociale, ledit organisme, après paiement du redressement et transmission par l'employeur des déclarations de rémunérations individuelles auxquelles il est tenu, informe sans délai les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 de ce paiement afin que les droits des salariés concernés soient rectifiés.</p> <p>Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent les informations nécessaires aux organismes visés à l'article L. 215-1 afin de procéder à la rectification des droits des salariés concernés.</p> <p>En cas de constat de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail faisant état d'une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification n'est effective qu'à compter du paiement du redressement.</p>
	<p>Article L. 725-12-2 du code rural et de la pêche maritime (nouveau)</p>
	<p>Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par l'organisme mentionné à l'article L. 723-3 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, cet organisme procède à la rectification de leurs droits.</p> <p>En cas de constat de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail faisant état d'une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification n'est effective qu'à compter du paiement du redressement.</p>

Date de génération
8 octobre 2014

