RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'économie et des finances
Ministère des affaires sociales et de la santé

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2013

NOR : EFIX1235628L/Bleue-1

ETUDE D'IMPACT

10 OCTOBRE 2012

ARTICLE 3

CLARIFICATION DES RELATIONS FINANCIERES ENTRE ETAT ET SECURITE SOCIALE

I. Présentation de la mesure

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

Le projet de loi de finances pour 2013 poursuit, en son article 38, un objectif de clarification et de rationalisation des relations financières entre Etat et sécurité sociale.

Cette initiative s'inscrit notamment dans le prolongement de la loi de finances rectificative pour 2012 qui a réformé les exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires et complémentaires en limitant le dispositif aux exonérations patronales forfaitaires accordées aux entreprises de moins de 20 salariés, et libéré une partie des recettes fiscales qui compensaient jusque là ces exonérations (fraction égale à 3,89 % du produit des droits de consommation sur les tabacs notamment).

A cette occasion, il a semblé nécessaire d'achever le mouvement de rationalisation déjà engagé, en réexaminant l'affectation de taxes « comportementales » qui présentent une complémentarité forte avec les dépenses engagées par la sécurité sociale, et contribuent à la politique de santé publique qu'entend mener le Gouvernement.

Dans cette perspective, le projet de loi de finances pour 2013 procède au bénéfice de la sécurité sociale et du Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire à la réaffectation des recettes suivantes jusque là établies au profit de l'Etat :

- la fraction de 3,89 % du produit des droits de consommation sur les tabacs, qui comptait parmi les taxes du panier fiscal de compensation des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires jusqu'à leur réforme ;
- la fraction de 1,48 % qui constituait une partie des ressources du Fonds national d'aide au logement (FNAL) ;
- la moitié du produit de la taxe sur les boissons à sucre ajouté (l'autre moitié bénéficiant d'ores et déjà à l'assurance maladie) ;
- la taxe sur les boissons contenant des édulcorants.

Dans ces conditions, la TVA nette, dont bénéficie la CNAM à hauteur d'une fraction réajustée à la hausse en projet de loi de finances pour 2013 et qui permet par ailleurs la compensation des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires dans leur nouveau périmètre, doit constituer à compter du 1er janvier 2013 l'unique impôt partagé entre Etat et sécurité sociale.

Il s'agit ainsi d'assurer pour la représentation nationale une plus forte lisibilité sur les ressources de chaque sous-secteur d'administrations publiques et de créer les conditions d'un pilotage plus efficace de la stratégie de redressement des équilibres financiers propres à chacun de ces sous-secteurs.

Dans ces conditions, se pose la question en projet de loi de financement de la sécurité sociale des moyens d'assurer la neutralité financière globale de ces réaffectations pour chaque sous-secteur. Il s'agit en effet de mesures de clarification qui, neutres du point de vue de l'ensemble des administrations publiques, n'ont pas vocation à avoir d'impact financier significatif par sous-secteur.

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

Mesure proposée :

Les transferts proposés en direction de l'Etat et des organismes divers d'administration centrale, afin de compenser pour eux la perte de recettes enregistrée pour près d'un Md€ au titre des dispositions du projet de loi de finances pour 2013, s'inscrivent dans le cadre du financement des dépenses de protection sociale, et tiennent compte ainsi :

- de la nécessité de financer l'élargissement des missions du Fonds national des solidarités actives (FNSA) avec la pérennisation des primes de Noël versées aux bénéficiaires de

différents dispositifs de solidarité (RSA, allocation spécifique de solidarité, allocation équivalent retraite et allocation transitoire de solidarité), sachant par ailleurs que le FNSA compte déjà parmi ses ressources une contribution additionnelle de 1,1 % assise sur les revenus du capital et les produits de placement ;

- de traiter spécifiquement la perte de droits tabacs du FNAL qui ne peut présenter des comptes en déséquilibre.

A l'aune de ces différents éléments, le choix retenu dans le présent article consiste à répartir la charge de ces réaffectations entre la CNAM, qui bénéficie de façon prioritaire des taxes comportementales, et la CNAV, qui a concentré près de 85 % du rendement de 4 Md€ pour le régime général des mesures de la loi du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012 (hausse du forfait social et augmentation de 2 points du prélèvement social sur le capital), et la section de mise en réserve du Fonds de solidarité vieillesse, sachant que dans ce dernier cas l'opération maintient intacte la capacité du Fonds à honorer ses engagements au titre de cette section spécifique.

Précisément, la mesure proposée consiste à :

- transférer au FNAL l'équivalent de 0,45 point de prélèvement social sur le capital attribué jusque là à la branche maladie ;
- transférer au FNSA l'équivalent de 0,35 point de prélèvement social sur le capital attribué jusque là à la branche vieillesse.

Afin d'assurer et de maintenir une ligne de partage stricte entre les recettes du régime général et celles de ces divers fonds ne relevant pas en comptabilité nationale du champ des administrations de sécurité sociale (et d'éviter ainsi, compte tenu des objectifs rappelés plus haut, l'éclatement du prélèvement social sur le capital qui constitue actuellement une ressource exclusive des organismes relevant de la LFSS au sens des dispositions organiques), la rétrocession du produit de 0,8 point de prélèvement social sur le capital se fait par la majoration du prélèvement additionnel jusque-là attribué au seul FNSA, et qui est à cette occasion renommé « prélèvement de solidarité » afin de mieux traduire sa nouvelle vocation de financement plus large des dépenses d'aides au logement et de solidarité active.

Autres options possibles :

L'objectif de ne pas reconstituer de recettes partagées entre Etat et sécurité sociale, objectif présent dans le schéma de réaffectation à la sécurité sociale des taxes « comportementales » - qui s'ajoute à celui de garantir la complémentarité dépenses / recettes dans le secteur de la santé -, ne permet pas d'envisager d'autres voies pour ces transferts.

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

Il s'agit de rétrocéder à un tiers une partie du produit du prélèvement social sur le capital qui constitue une recette exclusive des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement. Ce transfert entre dans le champ du monopole de la loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du III de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. La mesure, qui concerne l'exercice 2012, prend place dans la deuxième partie de la loi.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions de cette mesure figureront dans le code général des impôts, le code de la sécurité sociale, le code de l'action sociale et des familles et le code de la construction et de l'habitation. Seules les dispositions transitoires ne sont pas codifiées.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Il s'agit de transferts de recettes entre Etat et sécurité sociale qui ne posent pas de question d'application dans les collectivités d'outre mer.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le bilan financier des opérations de transfert, d'un montant total d'un Md€ environ, portées par le projet de loi de finances comme par le projet de loi de financement de la sécurité sociale est globalement en équilibre pour la sphère sociale comme pour la sphère Etat à compter de 2013. Le gain net du schéma d'ensemble s'explique par le prélèvement partiel des ressources de la section de mise en réserve du FSV qui n'est pas intégrée aux soldes présentés en loi de financement de sécurité sociale.

	Etat	FNAL	FNSA	**Total sphère Etat**	CNAV	CNAM	Fonds CMU	**Total RG et fonds CMU**
Taxe boissons à sucre ajouté	-153			**-153**		-153	306	**153**
Taxe boissons à édulcorant	-61			**-61**			61	**61**
TVA nette	-189			**-189**		189		**189**
Droits tabac		-619		**-619**		619		**619**
Bilan PLF 2013	**-403**	**-619**	**0**	**-1022**	**0**	**655**	**367**	**1022**
Prélèvement solidarité (FNAL)		619		619	0			**0**
Prélèvement solidarité (FNSA)			480	480				**0**
Prélèvement social capital RG					-480	-619		**-1099**
Prélèvement social capital Mise en réserve FSV					275			**275**
Bilan PLFSS 2013	0	619	480	1099	-205	-619	0	-824
Bilan global	-403	0	480	77	-205	36	367	198

Pour l'année 2012, le FNSA bénéficiera en outre, afin d'honorer le versement des primes de Noël qui ne sont pas budgétées jusqu'à présent, de 145 M€ au titre de la réaffectation partielle du produit de 800 M€ évalué pour la hausse de 2 points de prélèvement social sur le capital.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014*	*2015*	*2016*
RG / Fonds CMU	- 145	+ 198	+ 198	+ 198	+ 198
Etat / FNAL / FNSA	+ 145	+ 77	+ 77	+ 77	+ 77

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La présente mesure a pour seul objet de réaffecter des prélèvements entre l'Etat ou les fonds qui en dépendent et la sécurité sociale. Le taux global des prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital et les produits de placement n'est en rien modifié par ces opérations.

b) impacts sociaux

La présente mesure a pour seul objet de réaffecter des prélèvements entre Etat et sécurité sociale. Le taux global des prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital et les produits de placement n'est en rien modifié par ces opérations.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans impact.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Sans impact.

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

Sans impact.

d) impact budgétaire

Sans impact.

e) impact sur l'emploi

Sans impact.

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

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

La réforme est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.245-16 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.245-16 modifié** **du code de la sécurité sociale**
I.-Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 5,4 %.	I.-Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à **4,6 %**.
II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :	II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :
- une part correspondant à un taux de 0,3 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1, dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1 ;	- une part correspondant à un taux de **0,1 %** au fonds mentionné à l'article L. 135-1~~, dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1~~ ;
- une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;	- une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;
- une part correspondant à un taux de 2,9 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;	- une part correspondant à un taux de **2,75** % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;
- une part correspondant à un taux de 0,6 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;	- une part correspondant à un taux de **0,15** % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- une part correspondant à un taux de 0,3 % à la Caisse nationale des allocations familiales.	- une part correspondant à un taux de 0,3 % à la Caisse nationale des allocations familiales.

Article L351-7 actuel du code de la construction et de l'habitation	Article L351-7 modifié du code de la construction et de l'habitation
Les recettes du Fonds national d'aide au logement sont constituées notamment par : a) Des dotations de l'Etat ; b) Le produit des prélèvements mis à la charge des employeurs en application des 1° et 2° de l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale ; c) Des contributions des régimes de prestations familiales. La contribution annuelle de chaque régime de prestations familiales est égale au montant des prestations qui auraient été versées par eux au titre de l'allocation de logement familiale et de la prime de déménagement. Cette contribution peut être calculée au moyen de formules forfaitaires selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat ; d) Une fraction de 1,48 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ; cette fraction est perçue par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et affectée au Fonds national d'aide au logement. L'Etat assure l'équilibre des recettes et des dépenses du fonds national d'aide au logement.	Les recettes du Fonds national d'aide au logement sont constituées notamment par : a) Des dotations de l'Etat ; b) Le produit des prélèvements mis à la charge des employeurs en application des 1° et 2° de l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale ; c) Des contributions des régimes de prestations familiales. La contribution annuelle de chaque régime de prestations familiales est égale au montant des prestations qui auraient été versées par eux au titre de l'allocation de logement familiale et de la prime de déménagement. Cette contribution peut être calculée au moyen de formules forfaitaires selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat ; d) ~~Une fraction de 1,48 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;~~ **La part fixée au IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts du produit des prélèvements de solidarité mentionnés à ce même article.** L'Etat assure l'équilibre des recettes et des dépenses du fonds national d'aide au logement.
Article L262-24 actuel **du code de l'action sociale et des familles**	**Article L262-24 modifié** **du code de l'action sociale et des familles**
[…] III.- Les recettes du fonds national des solidarités actives sont, notamment, constituées par 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 sont passibles des mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 1,1 % et ne peut l'excéder. Ce taux sera diminué, au vu de l'effet du plafonnement institué par la loi de finances pour 2009, du montant cumulé de l'avantage en impôt pouvant être retiré par un contribuable de l'application de dépenses fiscales propres à l'impôt sur le revenu. L'Etat assure l'équilibre du fonds national des solidarités actives en dépenses et en recettes. […]	[…] III.- **Les recettes du fonds national des solidarités actives sont notamment constituées par la part fixée à l'article 1600-0 S du code général des impôts du produit des prélèvements de solidarité mentionnés à ce même article.** L'Etat assure l'équilibre du fonds national des solidarités actives en dépenses et en recettes. […]

Code général des impôts actuel	Code général des impôts modifié
	VI - Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement **Art. 1600-0-S** I.- Il est institué : 1° un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ; 2° un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code. II.- Le prélèvement de solidarité mentionné au 1° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que ceux applicables à la contribution mentionnée à l'article L.136-6 du code de la sécurité sociale. Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que ceux applicables à la contribution mentionnée à l'article L.136-7 du code de la sécurité sociale. III.- Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 1,9 %. IV.- Le produit des prélèvements de solidarité mentionnés au I est affecté à hauteur de : 1° 1,45 point au fonds mentionné à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles ; 2° 0,45 point au fonds mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation.
5e colonne actuelle **du tableau du VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011**	**5e colonne modifiée** **du tableau du VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011**
Part supplémentaire de la contribution additionnelle au prélèvement mentionné à l'article L.245-15 du code de la sécurité sociale, prévue à l'article L.262-24 du code de l'action sociale et des familles, affectée à la CNAF	Part supplémentaire de la **part mentionnée au 1° du IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts du prélèvement de solidarité mentionné au 2° du I du même article** ~~contribution additionnelle au prélèvement mentionné à l'article L.245-15 du code de la sécurité sociale, prévue à l'article L.262-24 du code de l'action sociale et des familles~~, affectée à la CNAF
Article 1er actuel **de la loi n°2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012**	**Article 1er modifié** **de la loi n°2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012**

VII. – […] B. — Le A du II s'applique à compter du 1er janvier 2013 aux sommes déclarées par les assujettis au titre des périodes ouvertes à partir de cette date. […] E. – Pour les produits de placements mentionnés au I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale payés ou réalisés, selon le cas, du 1er juillet 2012 au 31 décembre 2012 et pour ceux mentionnés au II du même article pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée du 1er juillet 2012 au 31 décembre 2012, le produit des prélèvements mentionnés au I de l'article L. 245-16 du même code est ainsi réparti : 1° Une part correspondant à un taux de 0,3 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1 dudit code ; 2° Une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ; 3° Une part correspondant à un taux de 2,2 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ; 4° Une part correspondant à un taux de 0,6 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; 5° Une part correspondant à un taux de 1 % à la Caisse nationale des allocations familiales.	VII. – […] B. — **Le A du II s'applique à compter du 1er janvier 2013.** […] E. – Pour les produits de placements mentionnés au I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale payés ou réalisés, selon le cas, du 1er juillet 2012 au 31 décembre 2012 et pour ceux mentionnés au II du même article pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée du 1er juillet 2012 au 31 décembre 2012, le produit des prélèvements mentionnés au I de l'article L. 245-16 du même code est ainsi réparti : 1° Une part correspondant à un taux de 0,3 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1 dudit code ; 2° Une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ; 3° Une part correspondant à un taux de **1,85** ~~2,2~~ % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ; 4° Une part correspondant à un taux de 0,6 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; 5° Une part correspondant à un taux de 1 % à la Caisse nationale des allocations familiales ; **6° Une part correspondant à un taux de 0,35 % au fonds mentionné à l'article L.262-24 du code de l'action sociale et des familles.**

ARTICLE 4

TRANSFERT A LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITE DES COLLECTIVITES LOCALES (CNRACL) DES RESERVES DU FONDS ATIACL ET DU FCCPA

I. Présentation de la mesure

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

Situation financière de la CNRACL

Depuis 2010, le régime de la CNRACL connaît des résultats déficitaires.

Les prestations croissent plus vite que les cotisations, du fait de la dégradation du ratio démographique et du différentiel de revalorisation des traitements d'activité et des pensions. Le solde entre le montant des cotisations et le montant des prestations versées (16,4 Md€ de cotisations perçues et 15 Md€ de prestations versées en 2011) demeure toutefois positif.

Mais les dépenses du régime intègrent en outre la contribution de la CNRACL au titre de la compensation inter-régimes qui s'est élevée à 1,6 Md€ en 2011.

Enfin, conformément à l'article 59 de la loi de finances pour 2010, les conséquences financières de l'acte II de la décentralisation sont neutralisées : la CNRACL reverse chaque année à l'Etat les cotisations reçues pour les agents transférés dans les services des collectivités locales, au taux de cotisation en vigueur à la CNRACL (27,3 %). En contrepartie, l'Etat verse à la CNRACL le montant des pensions payées aux agents transférés dans les services des collectivités locales partis à la retraite. Le montant versé par le régime sous forme d'acomptes s'établit à 434 M€ en 2010 et à 283 M€ en 2011.

Au total, la conjugaison de ces différents facteurs aboutit à une situation déficitaire de 375 M€ en 2011 qui porte les capitaux propres du régime en fin d'année à 1,3 Md€ dont seulement 71 M€ de disponibilités.

Le résultat net devrait se dégrader en 2012 (-767 M€) et en 2013 (-1,25 Md€). Les réserves devraient donc baisser en 2012 pour atteindre 527 M€ et devenir négatives en 2013 (-724 M€).

La couverture des besoins de trésorerie

Dans ce contexte, le régime rencontre de graves difficultés pour couvrir des besoins de financement courant en forte croissance (son plafond d'emprunt est passé de 400 M€ en 2011 à 1,45 Md€ pour 2012) qui étaient jusqu'à présent couverts par les réserves du régime.

La couverture des besoins de trésorerie est normalement assurée jusqu'à fin 2012, une convention de mise à disposition temporaire et rémunérée des réserves de l'ATIACL[1] (380 M€) ayant été conclue en mars 2012 afin de couvrir une partie des besoins de financement courant. La couverture des besoins de trésorerie est complétée par un prêt de la Banque postale, la CDC (par ailleurs gestionnaire de la CNRACL) intervenant en troisième niveau pour couvrir les pics de trésorerie. Ce montage ne dure cependant que jusqu'à fin décembre, date à laquelle la CNRACL devra rembourser les prêts obtenus auprès de l'ATIACL, de la Banque postale et de la CDC pour un montant de 1,15 Md€.

Des mesures de financement doivent donc être décidées avant fin 2012 pour, d'une part, sécuriser la trésorerie du régime et, d'autre part, assurer l'équilibre financier du régime sur le long terme.

[1] Fonds qui assure le versement de l'allocation temporaire d'invalidité servie aux agents territoriaux en cas d'accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle.

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

Mesure proposée : La mesure proposée consiste à reconstituer le fonds de roulement de la CNRACL en prévoyant le transfert d'une partie des excédents du Fonds ATIACL et du FCCPA[2], surcalibrés par rapport aux besoins réels en termes de prestations.

Cette mesure devra être inscrite dans la partie « dispositions relatives à l'année en cours » pour que le transfert puisse être effectif dès l'entrée en vigueur de la LFSS et permette de réduire les besoins de trésorerie auxquels la Caisse devra faire face fin décembre 2012.

Autres options possibles : Le transfert partiel des réserves du Fonds ATIACL et du FCCPA est proposé en complément d'une mesure structurelle consistant à augmenter le taux de la contribution employeur, fixé à 27,3 % depuis le 1er janvier 2005. Ce relèvement nécessitera une modification de l'article 5 du décret n° 91-613 du 28 juin 1991 (décret simple). Toutefois, malgré ce relèvement, la mesure proposée dans ce projet d'article demeure opportune pour assurer le financement de la CNRACL en 2013-2014 et limiter ses besoins de financement infra annuels.

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 au titre du A du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale aux termes duquel peuvent figurer dans cette partie de la loi de financement de la sécurité sociale les dispositions relatives à l'affectation des recettes des régimes obligatoires de base.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

La mesure ne fait pas l'objet d'une codification.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

[2] Fonds de compensation de la cessation progressive d'activité. Ce fonds assure le remboursement, au profit des employeurs territoriaux, des deux tiers de la prestation versée par ces établissements à leurs agents bénéficiaires du régime de cessation progressive d'activité.

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

Sans objet.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***
CNRACL	+ 690				
ATIACL	- 450				
FCCPA	- 240				

Impact sur la trésorerie de la CNRACL (solde prévisionnel en M€)	**Point bas janvier 2013**	**Point bas décembre 2013**
Sans aucun transfert	- 1 327	- 2 523
Avec transfert ATIACL+FCCPA	- 637	- 1 833

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Cette mesure sera neutre pour les fonctionnaires affiliés à la CNRACL, celle-ci consistant à transférer à la CNRACL une partie des excédents du fonds ATIACL et du FCCPA.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Le transfert de 690 M€ d'excédents permettra de réduire le déficit prévisionnel de la CNRACL au 31 décembre 2012 à -77 M€ (contre -767 M€ sans le transfert). Ce transfert permettra par ailleurs d'alléger les besoins de trésorerie auxquels la Caisse devra faire face fin décembre 2012 suite au remboursement des prêts contractés en 2012 (pour un montant de 1,15 Md€).

Ce transfert réduira d'autant le montant des réserves du Fonds de l'ATIACL et du FCCPA, tout en garantissant un niveau de disponibilités suffisant pour que ces deux fonds puissent assurer les

engagements qui sont les leurs. Concernant l'ATIACL, le transfert de 450 M€ garantira au Fonds des réserves fin 2012 à hauteur de 24 M€. Ces réserves seraient portées à 60 M€ fin 2013, compte tenu d'un résultat excédentaire prévisionnel de 35 M€ en 2013[3].

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

Cette mesure n'induit aucune charge administrative et aucun impact sur les systèmes d'information de la Caisse des dépôts et consignations (gestionnaire de la CNRACL, du Fonds ATIACL et du FCCPA), la mesure consistant en un virement bancaire depuis les comptes du Fonds de l'ATIACL et FCCPA vers le compte CNRACL.

d) impact budgétaire

Aucun.

e) impact sur l'emploi

Aucun.

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

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

La mesure n'emporte pas de texte d'application, elle est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Aucune mesure transitoire n'est prévue. La mesure est inscrite dans la partie « dispositions relatives à l'année en cours » du PLFSS. Il pourra donc être procédé au transfert des excédents du Fonds de l'ATIACL et du FCCPA dès que la loi sera entrée en vigueur, soit au lendemain de sa publication.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité d'information n'est prévue, la mesure étant neutre pour les cotisants au régime de la CNRACL.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Sans objet.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

[3] Excédent calculé sur la base d'un taux de contribution ATIACL ramené à 0,4 % en 2013 suite au transfert de 0,1 % de ce taux à la CNRACL (cf. fiche mesure R27).

ARTICLE 7 - I

DECHEANCE DES CREDITS FIQCS SUR L'EXERCICE 2012

I. Présentation de la mesure

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

Les prévisions d'exécution du 6e sous-objectif de l'ONDAM pour 2012 justifient la déchéance des crédits mis en réserve en 2012 s'agissant du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) pour un montant de 30 M€.

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

Mesure proposée :

La somme de 30 M€ doit être déduite du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FIQCS pour l'année 2012 tel que prévu par le I de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, à savoir 250 M€.

Une fois cette déduction actée, le nouveau montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FIQCS au titre de 2012, à savoir 220 M€, doit faire l'objet d'une inscription en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, en modification du I de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Le FIQCS devrait donc disposer d'un fonds de roulement estimé fin 2012 et après gel rectificatif de l'ordre de 30 M€.

Autres options possibles :

Sans objet.

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

Cette mesure visant à rectifier le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie trouve sa place dans la partie II de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet

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

a) Possibilité de codification

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

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Les actions du FIQCS couvrent la métropole, les cinq Dom et Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les sommes non dégelées au titre de l'année 2012 sont déduites du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FIQCS pour l'année 2012.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2012 (rectificatif)	2013	2014	2015	2016
Régimes obligatoires de l'assurance maladie	+ 30				

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

2. **Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Aucun.

b) impacts sociaux

Aucun.

c) impacts sur l'environnement

Aucun.

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

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Aucun.

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

Aucun.

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi

Aucun.

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

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

Pas de texte d'application nécessaire

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Non

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Un rapport d'activité du fonds est publié chaque année.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 81 actuel de la LFSS pour 2012	Article 81 modifié de la LFSS pour 2012
I. — Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé 250 M€ pour l'année 2012.	I. — Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à **220 M€** pour l'année 2012.

ARTICLE 7 - II

DECHEANCE DES CREDITS FMESPP SUR L'EXERCICE 2012

I. Présentation de la mesure

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

Le 3° du I de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 dispose, concernant le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) que : « L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante ».

Les sommes prescrites au titre de l'année 2012 sont de 46,94 M€.

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

Mesure proposée :

En application des dispositions précitées, la somme de 46,94 M€ doit être déduite, au titre de la prescription constatée sur l'année 2012, du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2012 tel que fixé par le II de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, soit 285,87 M€.

Il est proposé que le présent article acte cette déduction.

Une fois cette déduction actée, le nouveau montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP au titre de 2012, soit 238,93 M€, doit faire l'objet d'une inscription en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, en modification du II de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Autres options possibles :

Aucune.

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

La mesure conduit à réduire une dépense des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie de l'année en cours. Elle prend place dans la deuxième partie (rectificative) de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

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

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

La mesure est applicable dans le champ des régimes métropolitains de l'assurance maladie, soit quatre des cinq DOM et Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les sommes prescrites au titre de l'année 2012 sont déduites du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2012.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2012 (rectificatif)	2013	2014	2015	2016
Régimes obligatoires de l'assurance maladie	+ 46,94				

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun.

b) impacts sociaux

Aucun.

c) impacts sur l'environnement

Aucun.

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

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

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

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

Aucun.

d) impact budgétaire

Aucun.

e) impact sur l'emploi

Aucun.

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

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

Pas de texte d'application nécessaire.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Le FMESPP fait l'objet d'un suivi budgétaire et comptable par la DGOS et la CDC. Par ailleurs, la commission de surveillance, prévue par la LFSS de 2001 (article 40), est chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 81 *actuel* de la LFSS pour 2012	Article 81 *modifié* de la LFSS pour 2012
[…] II. — Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 285,87 M€ pour l'année 2012.	[…] II. — Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à **238,93** M€ pour l'année 2012.

ARTICLE 8

SIMPLIFICATION DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE PAR L'ETAT DES PERTES SUR CREANCES D'INDUS AU TITRE DE L'AAH, DE L'API ET DE L'ASI

I. Présentation de la mesure

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

En réponse aux recommandations de la Cour des comptes en vue de la clarification du traitement à la fois comptable et financier des prestations servies par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat, la LFSS pour 2010 a mis fin à la pratique selon laquelle les pertes sur créances d'indus[4] au titre de l'allocation adulte handicapé (AAH), de l'allocation parent isolé (API) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) étaient à la charge exclusive de la sécurité sociale, et ce de façon dérogatoire par rapport aux autres prestations financées par l'Etat et gérées par la sécurité sociale.

C'est ainsi que l'article 32 de la LFSS pour 2010 dispose, s'agissant de ces dispositifs, que « la prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret ».

Pour l'exercice 2011, le montant pris en charge par l'Etat à ce titre a été fixé à 0,17 % du montant total des prestations net des indus s'agissant de l'ASI ; 0,23 % s'agissant de l'AAH et 10,34 % s'agissant de l'API (le ratio s'expliquant dans ce dernier cas par un volume de prestations très limité compte tenu de l'intégration de celles-ci dans le dispositif du RSA depuis 2011, alors même que des pertes ont pu être enregistrées sur des indus formés précédemment). Ces fractions ont été calculées de façon à ce que le montant dû par l'Etat corresponde dans chacun des cas à la moitié des pertes enregistrées par les organismes gestionnaires. Dans ces conditions, la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus s'est établie à 18,3 M€ pour l'année 2011, pour un volume total de prestations de 7,4 Md€.

En pratique, la détermination du montant pris en charge par l'Etat en référence à une fraction des prestations soulève toutefois plusieurs difficultés.

Tout d'abord, le mécanisme introduit une certaine complexité. En particulier, l'obligation de déterminer le montant pris en charge par l'Etat par rapport au volume des prestations, alors même que l'équilibre financier entre administrations est essentiellement appréhendé par la répartition du montant des pertes elles-mêmes, a plusieurs désavantages : cela nuit à la lisibilité du dispositif (puisque la répartition de la charge de ces indus entre l'Etat et la sécurité sociale n'apparaît pas en lecture directe), tout en étant de nature à introduire une certaine instabilité au niveau réglementaire[5], la variation d'une année sur l'autre des montants de pertes d'un côté et des montants de prestations de l'autre côté conduisant à ajuster chaque année la fraction des prestations de façon à maintenir un partage équilibré des pertes entre Etat et sécurité sociale.

Par ailleurs, le dispositif ne permet plus désormais, en contradiction avec l'esprit initial de la mesure, de traiter le cas de l'API de manière totalement satisfaisante, la prestation ayant été supprimée en 2011 avec la mise en place du RSA, mais des pertes continuant à être enregistrées au titre d'indus formés antérieurement (pour la fraction de ces indus qui ne pourra être recouvrée *in fine*).

Dans ces conditions, il apparaît opportun de réexaminer le dispositif tel que défini à l'article 32 de la LFSS pour 2010.

Il convient de rappeler que des objectifs de gestion rigoureuse des prestations, y compris celles servies pour le compte de l'Etat, sont par ailleurs fixés dans le cadre des conventions d'objectifs et de

[4] Ces pertes correspondent à des prestations versées indûment à des ménages (notamment en cas de changement de situation de l'allocataire non immédiatement signalé) et pour lesquelles les possibilités de recouvrement ont été épuisées.

[5] Le dispositif a d'ailleurs été mis en œuvre, la première année, via des dispositions réglementaires dont l'application a été expressément limitée à l'exercice 2010.

gestion, déclinées auprès de chaque caisse locale de façon à favoriser leur appropriation par les gestionnaires locaux.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de prévoir dans la loi que le montant limite à la charge de l'Etat est directement déterminé par une fraction des pertes sur créances d'indus. Après concertation entre les ministres en charge de la sécurité sociale et du budget, la clé de répartition sera fixée par arrêté. Les organismes factureront ensuite directement le montant correspondant à l'Etat.

Les termes de cette prise en charge ont vocation à être en vigueur dès l'exercice 2012 afin d'assurer son effectivité dans les comptes des organismes au titre de cet exercice.

Autres options possibles :

Le choix aurait pu être fait de supprimer ce dispositif de plafonnement de la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus enregistrées pour l'AAH, l'API et l'ASI, à la faveur d'une homogénéité des règles de prise en charge de ces pertes dans le cas de prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de l'Etat. Une telle option a été écartée car elle aurait conduit à majorer la participation de l'Etat d'environ 20 M€ et à supprimer toute implication financière pour la sécurité sociale en cas de dégradation du recouvrement des indus.

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

La mesure a un impact sur les charges et donc le solde des régimes obligatoires de base qui servent ces allocations sociales et trouve donc place en partie II de la loi de financement de la sécurité sociale, en vertu 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques :

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

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

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

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions seront codifiées au sein du code de la sécurité sociale s'agissant de l'allocation adulte handicapé et de l'allocation supplémentaire d'invalidité. Elles seront en revanche non codifiées

pour l'allocation parent isolé qui est désormais intégrée dans le dispositif du revenu de solidarité active (et est depuis lors financée par les départements).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Ces dispositions sont neutres financièrement d'un point de vue « toutes administrations publiques ». La prise en charge par l'Etat d'une fraction des pertes sur créances d'indus au titre de l'AAH, de l'API et de l'ASI n'est néanmoins pas sans effet financier pour les organismes gestionnaires, la part non couverte par l'Etat conduisant à dégrader leur compte à due concurrence. La prise en charge par l'Etat, au titre des différentes prestations concernées, s'élèvera à environ 18 M€.

La mesure proposée permet en particulier, par rapport au droit existant, d'assurer le maintien de la participation de l'Etat au financement des pertes sur créances d'indus d'API. Si la prise en charge de l'Etat demeurait fonction du montant des prestations versées, celle-ci deviendrait automatiquement nulle s'agissant de l'API en raison de sa substitution par le RSA.

En partant de l'hypothèse que l'arrêté prévu par le présent article fixera à 50 % des pertes le montant facturé à l'Etat, la branche famille du régime général - seul organisme encore concerné de façon significative par l'API - bénéficiera du remboursement par l'Etat de la moitié des pertes sur créances d'indus d'API jusqu'à leur extinction.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
CNAF	+ 1	+ 0,7	+ 0,3	+0,1	0

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans impact.

b) impacts sociaux

Sans impact.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans impact.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Il reviendra aux organismes gestionnaires des prestations concernées par la présente mesure de facturer à l'Etat chaque année la moitié des pertes enregistrées dans leurs comptes au titre de l'exercice.

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

Non significatif.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

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

Un arrêté sera pris par les ministres en charge de la sécurité sociale et du budget afin de fixer la fraction des pertes sur créances d'indus au-delà de laquelle le coût incombera à la sécurité sociale.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

La mesure sera appliquée dès l'exercice comptable 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 815-29 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 815-29 modifié du code de la sécurité sociale**
Les dispositions du deuxième et du troisième alinéa de l'article L. 815-10, des articles L. 815-11, L. 815-12, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-23 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire instituée au présent chapitre. Le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est assuré par l'Etat pour ce qui concerne le régime général des travailleurs	Les dispositions du deuxième et du troisième alinéa de l'article L. 815-10, des articles L. 815-11, L. 815-12, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-23 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire instituée au présent chapitre. Le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est assuré par l'Etat pour ce qui concerne le régime général des travailleurs

salariés et par le fonds mentionné à l'article L. 815-26 pour ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret	salariés et par le fonds mentionné à l'article L. 815-26 pour ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder **une fraction de ces pertes fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget**.
Article L. 821-5 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 821-5 modifié** **du code de la sécurité sociale**
L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.	L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.
L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.	L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.
Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement d'allocations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.	Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement d'allocations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.
Les dispositions des articles L. 114-13, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables à l'allocation aux adultes handicapés.	Les dispositions des articles L. 114-13, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables à l'allocation aux adultes handicapés.
Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent titre et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.	Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent titre et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.
Le financement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources, de la majoration pour la vie autonome et de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est assuré par l'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret.	Le financement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources, de la majoration pour la vie autonome et de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est assuré par l'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder **une fraction de ces pertes fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.**
La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.	La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

Article 32 actuel de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009	Article 32 modifié de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009
II.-Le financement de l'allocation de parent isolé dans les départements et collectivités mentionnés au I de l'article 29 de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion est assuré par l'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret.	II.-Le financement de l'allocation de parent isolé dans les départements et collectivités mentionnés au I de l'article 29 de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion est assuré par l'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder **une fraction de ces pertes fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.**

ARTICLE 11

EQUITE DES PRELEVEMENTS SOCIAUX DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

I. Présentation de la mesure

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

Les travailleurs indépendants non agricoles forment une population d'assurés sociaux de 2,6 millions de cotisants en 2012 (dont 800 000 auto-entrepreneurs[6]), et l'une des plus hétérogènes.

L'ensemble de ces actifs acquittent des cotisations et contributions sociales d'un montant d'environ 13 Md€, ce qui représente environ 85 % des prestations qui leur sont servies. Or, ces prélèvements sont globalement dégressifs du fait de la combinaison d'exonérations et de mécanismes de plafonnement ou de cotisation minimale :

- les travailleurs indépendants sont redevables quels que soient leurs revenus, de cotisations minimales maladie et vieillesse, qui sont le pendant dans le régime général de la règle selon laquelle les droits sont ouverts à partir d'une durée minimale d'activité, mais dont le montant s'élève néanmoins à 1 500 € par an.
- la cotisation maladie est en outre plafonnée à la part des revenus inférieure à 181 860 €, ce qui constitue là-encore un cas unique (le plafonnement des cotisations maladies ayant été totalement supprimé dans le régime général depuis 1984).

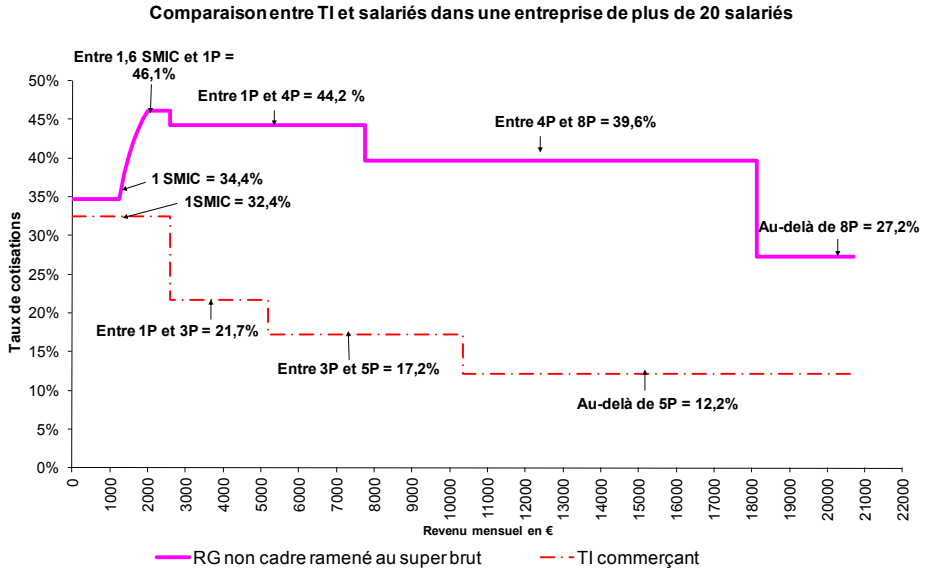
On peut en outre distinguer au sein de la population des travailleurs indépendants ceux qui exercent en nom propre et ceux qui le font dans le cadre d'une société, avec des règles d'assiette qui ne sont pas identiques.

En raison de cette dégressivité et des possibilités offertes pour réduire l'assiette des cotisations notamment au titre des frais professionnels, les travailleurs indépendants sont aujourd'hui au cœur d'enjeux d'équité. Le dispositif proposé vise à en tirer conséquence et à établir une proportionnalité du prélèvement social.

1.1. Les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants non agricoles sont aujourd'hui globalement dégressifs

Le prélèvement social des travailleurs indépendants est aujourd'hui globalement dégressif (voir graphique ci-dessous) en raison de cotisations minimales forfaitaires, du maintien du plafonnement de la cotisation maladie et de l'exonération de CSG et de cotisations d'allocations familiales. Il en résulte en outre des effets de seuils marqués.

[6] Dont un peu moins de la moitié déclare effectivement un chiffre d'affaires positif (source Acoss).



Note de lecture : le taux de cotisation ramené à la totalité des rémunérations est de 32,4 % pour un travailleur indépendant dont le revenu est égal à 1 fois le montant du Smic. Il n'est plus que de 17,2 pour celui dont le revenu est compris entre trois et cinq fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (soit entre 109 116 € et 181 160 €).

Les comparaisons entre salariés et non salariés ne peuvent pas s'effectuer sans précaution : l'ensemble des cotisations des travailleurs indépendants sont calculées sur une assiette nette des cotisations payées, alors que pour les salariés elles sont assises sur un revenu brut. Proche de 45 % facialement, le taux global des cotisations et contributions sociales, exprimé suivant une convention identique à celle qui prévaut dans le régime général, serait d'environ 33 %. Si l'on veut obtenir une comparaison avec le régime des salariés, il faut tenir compte de l'existence dans ce dernier de cotisations salariales et employeurs et exprimer celles-ci alors en fonction du total formé par le salaire et les cotisations acquittées par les employeurs (salaire « super brut » ou coût total employeur). C'est ce qui est retenu dans le graphique ci-dessus.

En outre, alors que, dans un cadre salarial, la rémunération du travail n'est qu'une partie de la valeur ajoutée – une autre partie constituant la rémunération du capital –, le revenu des indépendants intègre non seulement une rémunération du travail mais aussi une rémunération du capital.

Enfin, la comparaison entre le niveau global de prélèvements doit tenir compte des différences de niveau de prestations, notamment pour les cotisations contributives comme la vieillesse.

Sur le seul champ des cotisations maladie, alors que les droits aux prestations en nature sont identiques, le taux est de 6,5 % pour les indépendants contre 13,55 % pour les salariés. Le taux de 13,55 % intègre toutefois des prestations en espèces qui ne sont pas régies par les mêmes règles et peuvent donner lieu à des cotisations spécifiques pour les travailleurs indépendants. Si on ne compare que la part des cotisations afférente au financement des seuls soins, il existe un écart de taux d'environ 4 points avec le régime général.

1.1.1. Les effets de seuil et le caractère dégressif du prélèvement résultent de la combinaison de dispositifs de cotisation minimale, d'exonérations et de plafonnement

- Une cotisation minimale maladie de 946 € par an est due par les TI dont les revenus sont inférieurs à 14 549 € (40 % du plafond annuel de la sécurité social (PASS)[7] ;
- Cette même cotisation n'est pas prélevée sur la part des revenus supérieurs à 181 860 € (5 PASS), et elle est appliqué à un taux réduit de 5,9 % entre 1 et 5 PASS (contre 6,5 % jusqu'à 1 PASS) ;

Par ailleurs, une exonération des cotisations d'allocations familiales et de la CSG-CRDS est applicable aux revenus inférieurs à 4 788 € (12 fois la base mensuelle de calcul des allocations

[7] La cotisation minimale maladie-maternité est de 6,5 % sur 40 % du PASS (36 372 €), soit 946 € en 2012.

familiales - BMAF). L'exonération de CSG a été accordée en 1991 lors de la création de la CSG, du fait du renvoi pour les travailleurs indépendants à certaines dispositions applicables aux cotisations d'allocations familiales. D'effet limité en 1991 puisque le taux de la CSG n'était que de 1,1 %, l'impact de cette disposition s'est accru avec la hausse ultérieure du taux de la CSG.

De ces mécanismes découlent de forts effets de seuil engendrant un résultat paradoxal entre les travailleurs indépendants à faibles revenus et ceux ayant des revenus plus importants : les premiers sont exposés à une hausse de leurs prélèvements sociaux lorsqu'ils franchissent les seuils de la cotisation minimale ou de l'exonération de cotisation d'allocations familiales et de CSG-CRDS tandis que les seconds voient leur effort contributif diminuer au-delà des seuils du plafonnement.

1.1.2. Le régime de l'auto-entrepreneur a permis de limiter les effets de seuil qui en découlent, mais il n'est pas souhaitable qu'il devienne le droit commun d'exercice des professions indépendantes

La mise en place du régime de l'auto-entrepreneur a permis de limiter les effets de seuil qui pénalisent actuellement les travailleurs percevant les plus faibles revenus.

Ce dispositif, mis en place depuis le 1er janvier 2009[8], constitue un régime simplifié pour l'entrepreneur qui souhaite mener une activité indépendante à titre principal ou accessoire (en cas de cumul avec un emploi salarié ou une retraite). Il s'adresse aux travailleurs indépendants imposés dans le cadre du régime micro-fiscal des micro-entreprises et leur permet de s'acquitter, outre de l'impôt sur le revenu, des contributions et cotisations sociales, chaque mois ou chaque trimestre, par un versement libératoire, égal à un pourcentage du chiffre d'affaires réalisé le mois ou le trimestre précédent. Ce pourcentage est fixé comme suit :

- 12 % du CA pour les auto-entrepreneurs exerçant des activités de vente ;
- 21,3 % pour ceux qui exercent des activités de services (dont les activités artisanales) et 18,3 % pour les activités libérales relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse.

Rapportés au revenu d'activité, le prélèvement qui en découle est plus réduit que l'application des taux du régime de droit commun, avec un écart de taux de l'ordre de 15 %.

Cet écart de taux et la proportionnalité complète du prélèvement, en l'absence de cotisation minimale, ont contribué au succès du régime, et constituent un écart important entre auto-entrepreneurs et travailleurs indépendants « classiques ».

Afin d'éviter les distorsions de concurrence, il n'est pas souhaitable que ce régime devienne le nouveau droit commun des travailleurs indépendants.

1.1.3. Les comparaisons inter-régimes révèlent le caractère inéquitable des règles de prélèvement applicables aux travailleurs indépendants. Celles-ci imposent de recourir à la solidarité nationale pour financer les prestations servies au titre de la maladie.

Les non salariés non agricoles constituent le seul régime, y compris au sein des travailleurs indépendants, à être concernés par le mécanisme de plafonnement de la cotisation maladie.

Du fait des pertes de recettes sociales associées à ces dispositifs, le recours aux mécanismes de solidarité inter-régimes est indispensable pour couvrir les charges des prestations maladie des travailleurs indépendants non agricoles : outre la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), acquittée par les grandes entreprises, le financement du régime maladie des indépendants est assuré par l'affectation d'une fraction du produit total de la CSG.

La mise en œuvre de cette solidarité n'est pas justifiée par une différence entre les prestations maladie en nature servies aux salariés et aux travailleurs indépendants puisqu'elles sont identiques.

Au regard de ce qui précède, une action portant sur les règles d'application de la cotisation minimale maladie du RSI ainsi que sur les règles de plafonnement de cette cotisation maladie s'avère nécessaire pour rendre les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants non agricoles plus équitables et plus lisibles, sans remettre en cause les exonérations dont bénéficient les travailleurs indépendants ayant les plus faibles revenus.

[8] Art. 1er de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

L'aménagement de la législation actuelle doit en outre permettre de rééquilibrer la branche maladie du RSI avant affectation de la C3S.

1.2 Par ailleurs, les travailleurs indépendants exerçant en société bénéficient de certaines règles qui s'avèrent très favorables

1.2.1. En matière de frais professionnels

La rémunération des gérants majoritaires ou associés des SARL, EIRL, EURL, SELARL, SELURL, SEP, SCS, SCA, SELCA, SNC, SCP et sociétés créées de fait[9] soumises à l'impôt sur les sociétés (IS) est soumise à l'impôt sur le revenu (IR) dans la catégorie générale des « traitements et salaires » et non dans les catégories des « bénéfices industriels et commerciaux » ou des « bénéficies non commerciaux ». Elle bénéficie par conséquent des règles de déduction pour frais professionnels sur les salaires dont en particulier l'abattement forfaitaire de 10 % (dans la limite de 14 157 € pour les revenus perçus en 2011[10]). Or la particularité de la population qui bénéficie de ces déductions et qui sont simultanément affiliés dans les régimes de non salariés en matière sociale est d'être des gérants majoritaires et donc de pouvoir décider le niveau des frais professionnels que leur société prend en charge, frais qui viennent donc réduire leur résultat comptable. Est ainsi ouverte, par le biais de l'abattement forfaitaire, la possibilité de déduire à deux niveaux successifs les mêmes frais professionnels, ce qui minore d'autant le revenu d'activité soumis aux contributions et cotisations sociales.

Ce mécanisme de double déduction est, en soi, difficilement justifiable. Il est en outre peu équitable au regard de la réduction du champ de l'abattement au titre des frais opérée par la LFSS pour 2012 : le législateur a en effet entendu réduire de 3 % à 1,75 % l'abattement de l'assiette de la CSG activité dont bénéficient les salariés au titre des frais professionnels, et a supprimé cet abattement sur les revenus autres que le salaire et les allocations de chômage.

Outre la double déduction des frais professionnels, la soumission des rémunérations à l'IR dans la catégorie des « traitements et salaires » permet de bénéficier du dispositif de déduction pour leur montant réel des intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition des parts sociales des associés de certaines sociétés (SCP, SNC) dont ne bénéficient pas les travailleurs indépendants imposés dans les catégories des « bénéfices industriels et commerciaux » ou des « bénéficies non commerciaux ».

1.2.2. Le versement de dividendes

Aujourd'hui, les **dividendes** versés aux travailleurs indépendants par leurs sociétés assujetties à l'IS sont traités différemment, en matière sociale, selon la forme juridique de la société qui les verse (SEL, SARL, EURL…). Ainsi, un TI qui exerce son activité, par exemple sous forme d'EURL, peut actuellement s'accorder, sans limitation, une assez faible rémunération d'activité (soumise à cotisations sociales au taux effectif de 33 %, cf. ci-dessus) et des dividendes conséquents (soumis aux seuls prélèvements sociaux sur les revenus du capital au taux global de 15,5 %), et augmenter de la sorte son revenu disponible net à court terme, au détriment de ses droits sociaux futurs et de l'équité en termes de niveau de prélèvement social. L'existence de cette possibilité d'optimisation est bien connue et largement documentée En revanche, si ce même TI exerce son activité sous forme de SEL, son arbitrage sera encadré. En effet, depuis le 1er janvier 2009, la fraction des revenus distribués qui excède 10 % du capital social doit être réintégrée dans l'assiette des cotisations sociales sur les revenus d'activité.

Cette clause instaurée par l'article 22 de la LFSS pour 2009 est applicable aux seules SEL (même si le projet initial d'article prévoyait d'englober toutes les sociétés assujetties à l'IS).

Cette clause a été étendue, sous une forme aménagée, dès la création de cette forme d'exercice, aux dividendes que seront amenés à percevoir les TI qui exerceront leur activité sous forme d'EIRL. Par ailleurs le RSI, dans le cadre de la présentation, en décembre 2009, de son Livre Blanc sur la protection sociale, défend un élargissement de l'assiette des cotisations à une fraction des dividendes mis en distribution. Il évoque, à cet égard, l'existence de « stratégies individuelles de dirigeants

[9] SARL : société à responsabilité limitée ; EIRL : entreprise individuelle à responsabilité limitée ; EURL : entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée ; SELARL : société d'exercice libéral à responsabilité limitée ; SELURL : société d'exercice libérale unipersonnelle à responsabilité limitée ; SEP : société en participation ; SCS : société en commandite simple ; SCA : société en commandite par actions ; SELCA : société d'exercice libéral en commandite par actions ; SNC : société en nom collectif ; SCP : société civile professionnelle.

[10] Art. 83, 3°, du CGI.

déclarant des revenus nuls ou très faibles[11], au profit d'une maximisation des dividendes » qui affectent ses ressources et qui induisent « des situations d'iniquité entre affiliés ».

1.3. Enfin, les taux réduits du régime de l'auto-entrepreneur n'apparaissent plus justifiés, ce qui rend nécessaire de rétablir l'équité contributive avec les travailleurs indépendants classiques, sans que cela remette en cause les objectifs et la nature de ce régime

Initialement, la fixation de taux réduits dans le cadre du régime de l'auto-entrepreneur se justifiait par la volonté de rendre ce dispositif plus attractif que ne l'était le régime micro-social précédemment applicable. Ce régime, institué à compter du 1er janvier 2008 par l'article 53 de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (codifié à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale) et supprimé au moment de la mise en place du régime de l'auto-entrepreneur comportait déjà un mécanisme (appelé « bouclier social ») de plafonnement du montant global des contributions et cotisations sociales par rapport au chiffre d'affaires, en application duquel le prélèvement social ne pouvait dépasser 14 % du chiffre d'affaires pour les activités commerciales et 24,6 % du chiffre d'affaires pour les activités artisanales et de services. Ces taux correspondaient à l'application stricte des abattements fiscaux permettant de passer, selon les catégories de régime « micro », du chiffre d'affaires au revenu, aux taux globaux des cotisations sociales de droit commun.

Il est aujourd'hui nécessaire de revenir sur les taux réduits du régime de l'auto-entrepreneur et de rétablir l'équité contributive entre les auto-entrepreneurs et les travailleurs indépendants classiques, tout en conservant les avantages de simplicité qui constituent l'intérêt réel du régime de l'auto-entrepreneur.

Le souhait du gouvernement est de réduire l'écart de contributivité entre auto-entrepreneurs et travailleurs indépendants, dans un objectif d'équité et afin de mettre un terme aux risques de concurrence dans certains secteurs d'activité concurrentiels (par exemple le BTP) entre auto-entrepreneurs et travailleurs indépendants classiques.

Le dispositif de réduction des cotisations minimales maladie pour les travailleurs indépendants classiques contribue à cet objectif.

L'alignement du taux de cotisation des auto-entrepreneurs sur celui des travailleurs indépendants classiques y participe aussi. Fixer dans la loi cet alignement est d'autant plus souhaitable que les taux de cotisations sont susceptibles d'évoluer : ainsi, alors que les cotisations vieillesse des travailleurs indépendants sont appelées à augmenter jusqu'en 2016 dans le cadre du financement du nouveau dispositif de départ anticipé en retraite à 60 ans, en l'absence de disposition législative, l'écart de contributivité se serait accru.

Pour autant, il convient de souligner que le régime de l'auto-entrepreneur conservera une attractivité importante en raison de :

- l'exonération de fait des cotisations minimales auxquelles sont soumis les autres travailleurs indépendants ;
- la possibilité d'acquitter en même temps l'impôt sur le revenu issu de cette activité sous forme d'un versement libératoire ;
- la déclaration et le paiement très simple au fil de l'eau de l'ensemble des contributions et cotisations sociales auprès d'un interlocuteur unique.

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

<u>Options possibles</u> :

Plusieurs options sont envisageables pour rétablir l'équité du prélèvement des travailleurs indépendants.

S'agissant de la cotisation maladie minimale, sa suppression, visant à établir une contributivité proportionnelle, engendrerait une perte pour les finances sociales (-310 M€ en 2013 puis -270 M€ par an) et serait donc préjudiciable à l'équilibre de la branche maladie du RSI dont la situation financière est déjà dégradée. Une compensation, sous la forme d'une mesure de recettes, serait donc nécessaire. Par ailleurs, le principe d'une contributivité minimale de tous les assurés pour le

[11] Le RSI a constaté que 25 % des chefs d'entreprise exerçant sous forme sociétaire déclarent un salaire nul ou ne permettant pas de valider quatre trimestres pas an.

financement d'une couverture maladie s'applique dans tous les régimes[12] : le remettre en cause pour le RSI supposerait de le remettre en cause pour l'ensemble des régimes.

Une hausse du taux des cotisations dont sont redevables les travailleurs indépendants, y compris les auto-entrepreneurs, pourrait être proposée. De même, une remise en cause des dispositifs dérogatoires d'assiette et de taux décrits ci-dessus (exonérations de CSG-CRDS et de la cotisation d'allocations familiale, plafonnement de la cotisation maladie, versement de salaires sous la forme de dividendes) procurerait des recettes nouvelles et serait, en soi, un facteur de limitation des effets de seuils.

Ces options et leur combinaisons doivent s'envisager au regard de leur impact sur le revenu des travailleurs indépendants : l'objectif de renforcement de l'équité du prélèvement ne doit pas conduire à renchérir excessivement le coût du travail pour cette catégorie particulière de travailleurs, qui n'occupent pas en général des emplois délocalisables mais sont confrontés, comme toutes les entreprises, à un enjeu de compétitivité.

Mesure proposée :

La mesure proposée répond à ce double objectif de renforcement de l'équité du prélèvement social et de préservation de la compétitivité d'un secteur créateur d'emploi. L'augmentation du prélèvement social qui en résulte est ainsi compensée par des mesures qui réduisent le montant des cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants percevant les revenus les plus faibles et par le maintien des exonérations de CSG-CRDS et de cotisation d'allocations familiales.

- Afin de limiter les effets de seuils actuels pour les travailleurs les plus modestes qui sont redevables de la cotisation minimale maladie-maternité, il est instauré un abattement sur cette cotisation. Cet abattement prend la forme d'une exonération linéaire et dégressive s'annulant lorsque les revenus atteignent le niveau de l'assiette minimale de cotisation. Son maximum atteint 307 € (soit près d'1/3 de la cotisation minimale) pour les travailleurs indépendants ne percevant aucun revenu. Cette exonération ne fait pas l'objet d'une compensation par l'Etat. Elle n'est pas applicable aux travailleurs indépendants bénéficiant de dispositifs plus favorables (exonérations dans les DOM, cotisations minimales réduites de début d'activité, abattement pour les correspondants locaux de presse…).Par ailleurs, elle ne bénéficiera pas non plus aux travailleurs indépendants qui ne sont pas soumis à la cotisation minimale maladie mais paie une cotisation proportionnelle (c'est-à-dire principalement ceux dont l'activité non salariée n'est pas l'activité professionnelle principale et les travailleurs indépendants en cumul emploi-retraite). La mise en place de cette exonération s'accompagnera (mesure réglementaire) d'un léger ajustement à la baisse de l'assiette forfaitaire minimale maladie des travailleurs indépendants en 2e année d'activité, qui passerait de 29 % à 27 % du plafond annuel de la sécurité sociale (soit une baisse de l'ordre de 50 € de la cotisation à acquitter), de façon éviter les cas où, à revenu identique, la cotisation maladie due au titre de la 3e année d'activité serait inférieure à celle du lors de la 2e
- Dans le cadre de la solidarité au sein du régime, la cotisation maladie-maternité du RSI sera déplafonnée (suppression des plafonds de 1 PASS et 5 PASS), un seul taux de cotisation (6,5 %) s'appliquant désormais quel que soit le niveau de revenus.
- La déduction forfaitaire pour frais professionnels et la déduction des frais, droits et intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition de parts sociales retenues pour l'impôt sur le revenu ne seront plus appliquées pour déterminer l'assiette des contributions et cotisations sociales des travailleurs indépendants non agricoles.
- Le champ du dispositif d'assujettissement des dividendes sera élargi à l'ensemble des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans le cadre de sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés. Le cas échéant il pourrait être envisagé de ne pas réintégrer les sommes qui se situent en deçà d'un montant peu élevé (fixé en pourcentage du bénéfice comme dans le cas de l'EIRL ou en niveau).
- Enfin, les taux de cotisation auxquels sont soumis les auto-entrepreneurs seront relevés (par décret) pour assurer une contributivité de niveau équivalent et donc plus équitable entre ces derniers et les TI relevant du droit commun (modification des articles D. 131-6-1 et D. 131-6-2 du CSS). Il est ainsi envisagé de porter ces taux :

[12] La couverture maladie universelle ne remet pas en cause ce principe : il s'agit d'un mécanisme « d'exception » qui ne doit pas amener à considérer que la couverture maladie serait par principe gratuite.

- de 12 % à 14 % pour les commerçants ayant un chiffre d'affaires inférieur à 81 500 € HT ;
- de 21,3 % à 24,6 % pour les artisans dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 32 600 € HT ;
- de 18,3 % à 21,3 % pour les professionnels libéraux relevant de la CIPAV dont les recettes sont inférieures à 32 600 € HT.

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

Le projet modifie les articles relatifs aux prélèvements sociaux des travailleurs indépendants. Il emporte un impact permanent sur les recettes de l'année et des années ultérieures des régimes concernés et donc relève ainsi 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Cette mesure est compatible avec le droit européen en vigueur.

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

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite de modifier ou de créer plusieurs articles dans le 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, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le tableau ci-dessous présente les gains et coûts pour les finances publiques des différentes composantes de la mesure proposées.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Déplafonnement de la cotisation maladie-maternité (gain RSI maladie, donc in fine FSV)		+410	+345	+280	+345
Exonération de la cotisation minimale maladie-maternité (coût RSI maladie, donc in fine FSV)		-90	-80	-70	-80
Suppression de la déduction des frais professionnels de l'assiette sociale (gain pour tous les régimes d'indépendants non agricoles + FSV et pour les attributaires de CSG/CRDS : CNAM, CNAF, FSV, CADES, CNSA)		+575	460	355	460
Extension du plafonnement des dividendes à toutes les entreprises (gain tous régimes d'indépendants non agricoles et FSV)		+75	+65	+55	+65
Relèvement des taux de cotisations des auto-entrepreneurs (économie Etat)		+130	+130	+130	+130
Total « toutes administrations publiques »		+1 100	+920	+750	+920

NB : compte tenu du mécanisme d'équilibrage de certaines branches (la branche maladie et les deux branches retraite de base des artisans et commerçants, respectivement) du régime social des indépendants par l'affectation d'une part de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S), les gains et coûts attachés aux différentes dispositions proposées ne porteront pas in fine sur ces branches (qui part construction sont toujours équilibrées comptablement) mais sur l'attributaire final de la C3S à savoir le fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui perçoit le solde de la recette après affectations aux autres régimes bénéficiaires qui sont servis prioritairement : RSI et branche maladie du régime des exploitants agricoles. Par ailleurs la disposition portant sur les auto-entrepreneurs, qui est un dispositif compensé par l'Etat à la sécurité sociale, en augmentant les recettes de cotisations des régimes auxquels sont affiliés les auto-entrepreneurs, diminue les sommes à compenser par l'Etat : l'effet financier pour les administrations publiques est donc une économie pour le budget de l'Etat.

Ces estimations ont été réalisées à partir des données individuelles des revenus déclarés par les travailleurs indépendants au titre de l'exercice 2011, hors auto-entrepreneurs, affiliés au régime social des indépendants pour le risque maladie (c'est-à-dire les travailleurs indépendants non agricoles), soit un peu plus de 1,8 millions de personnes. Les nouvelles règles de prélèvement ont ensuite été appliquées individuellement à chacun des revenus déclarés pour estimer les gains et coûts des différentes modifications introduites par la mesure.

Compte tenu de la déductibilité des cotisations des travailleurs indépendants de leur revenu fiscal (qui sert d'assiette à ces cotisations) d'une part, des modalités et du calendrier de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants classiques d'autre part, les effets financiers de la réforme proposée sont plus importants la première année (2013), diminuent ensuite la 2e et la 3e année avant d'atteindre leur régime de croisière à partir de 2016.

Ainsi les cotisations des travailleurs indépendants au titre de l'année N font l'objet d'un appel provisionnel en fin d'année N-1 (envoyé mi-décembre) réparti en 4 ou 10 échéances, selon que le TI a opté pour un prélèvement trimestriel ou mensuel, et calculé sur la base des derniers revenus déclarés, soit les revenus réalisés au cours de l'exercice N-2. A la fin de l'année N+1, une fois les revenus de l'année N déclarés, il est procédé à une régularisation définitive au titre de N.

En pratique, les modifications du barème présentées ci-avant seront intégrées dans l'appel des cotisations provisionnelles pour l'exercice 2013, adressées aux TI fin 2012. Les cotisations appelées seront calculées sur les bénéfices 2011 (les derniers déclarés) desquels sont déduites par construction les cotisations dues au titre de l'exercice 2011 conformément au barème en vigueur en 2011, donc d'un montant plus faible que si elles avaient été calculées selon les nouvelles règles qui s'appliqueront à compter de 2013. L'assiette prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles 2013 est donc, toutes choses égales par ailleurs, un peu majorée par rapport à celle qui servira au calcul des cotisations définitives à la fin de l'année 2014. Ceci explique pourquoi le rendement de la mesure est globalement plus élevé en 2013 qu'en régime de croisière.

En 2014, les cotisations provisionnelles dues par les travailleurs indépendants seront calculées à partir des bénéfices 2012 desquels seront déduites les cotisations dues au titre de l'exercice 2012, calculées selon l'ancien barème, d'où à nouveau une assiette un peu majorée. Toutefois cet effet est compensé par la régularisation opérée en fin d'année au titre de 2013 qui vient corriger l'effet de majorations des cotisations provisionnelles appelées tout au long de l'année 2013. Le rendement de la mesure en 2014 est donc comparable au rendement obtenu une fois atteint le régime de croisière.

En 2015, les cotisations provisionnelles seront calculées à partir des bénéfices 2013 desquels seront déduites les cotisations dues au titre de l'exercice 2013, intégrant pour la première fois le nouveau barème. Il n'y aura donc pas la même majoration provisoire de l'assiette que lors des deux années précédentes. En revanche, la régularisation de fin d'année au titre de 2014 corrigera à la baisse les cotisations provisionnelles appelées en 2014 sur une assiette majorée. Compte tenu de ce dernier effet le rendement global de la mesure est plus faible en 2015 qu'en régime stationnaire.

A partir de l'année 2016, tous ces effets ne jouent plus et le régime stationnaire est enfin atteint.

L'économie budgétaire attachée à la disposition de relèvement des taux concernant les seuls auto-entrepreneurs a, quant à elle, été estimée sur la base des données de recouvrements des Urssaf qui détaillent les chiffres d'affaires (qui constituent l'assiette des cotisations dues par cette catégorie de travailleurs indépendants) et les taux de prélèvements auxquels ils sont soumis.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Le déplafonnement de la cotisation maladie concerne de l'ordre de 500 000 travailleurs indépendants dont le revenu annuel est supérieur au plafond de la sécurité sociale (36 372 € en 2012), soit l'équivalent de 2,65 Smic nets. Les travailleurs indépendants touchés par cette mesure perçoivent donc un revenu net supérieur d'au moins un Smic au salaire médian en France. L'impact de ce déplafonnement est progressif très limité jusqu'à des revenus très élevés.

97 % des travailleurs indépendants ont un revenu inférieur à 5 fois le plafond de la sécurité sociale et voient la hausse de cotisation maladie limitée à 0,6 point sur la part de leur revenu excédent le plafond, soit un montant maximal supplémentaire annuel de cotisation de 1 091 € (atteint pour 182 000 € de revenu annuel). Les 3 % restants, dont le revenu annuel excède 182 000 €, paieront en outre une cotisation de 6,5 % sur la part de leur revenu au-delà de ce seuil, sans plafond.

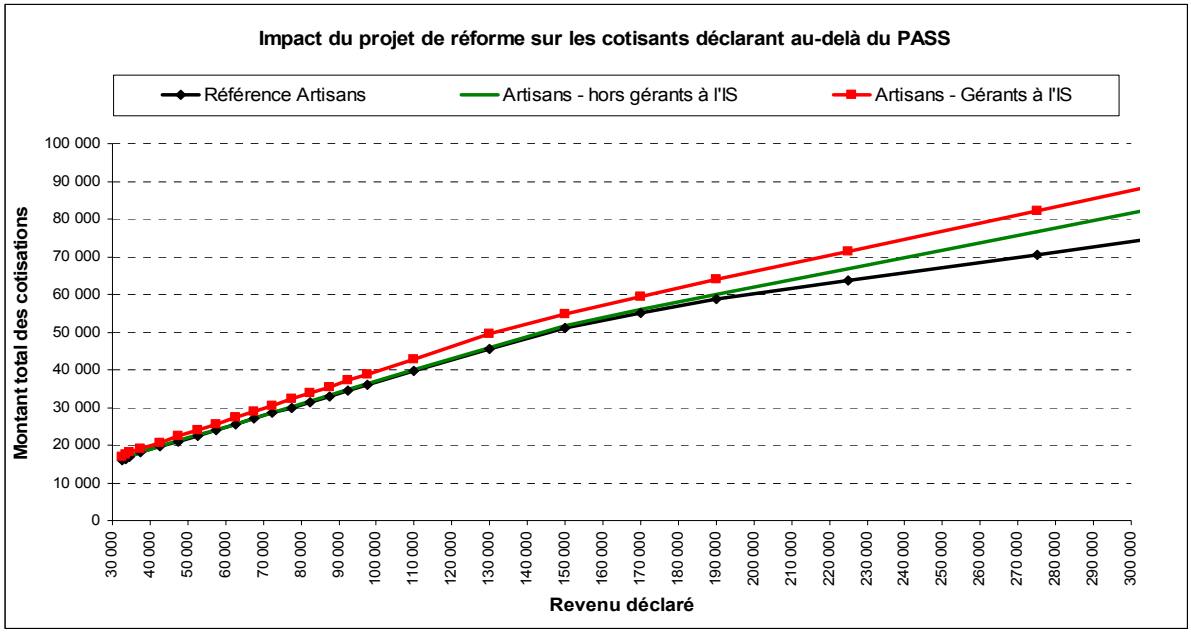
A titre d'exemple, voici quelques cas-types de travailleurs indépendants dont les revenus annuels excèdent le plafond de la sécurité sociale :

- un travailleur indépendant dont le revenu annuel net est de 50 000 € verra ses cotisations augmenter de l'ordre de 80 € ; son taux effectif de cotisations pour la maladie est aujourd'hui compte tenu du plafonnement de 6,3 % ; la réforme proposer revient donc à augmenter son taux de cotisations de 0,2 point sur l'ensemble de son revenu ;

- pour un revenu annuel de 135 000, soit l'équivalent de 10 Smic nets, la hausse de cotisations est d'environ 590 € ; le taux effectif de cotisations passera du fait de la réforme de 6,1 % à 6,5 % (soit 0,4 point supplémentaire) ;
- pour un revenu annuel de 250 000 €, le montant de cotisations supplémentaires atteint 5 300 € et le taux effectif de cotisations augmente de 2,1 points (passant de 4,4 % à 6,5 %).
- A titre de comparaison, on rappelle que le taux de cotisations maladie pour dues sur la rémunération d'un salarié affilié au régime général est de 13,55 %[13] et celui applicable au revenu d'un chef d'exploitation agricole est de 10,84 % Toutefois, il convient d'indiquer, même si cela ne saurait suffire à justifier les écarts de taux, que les prestations couvertes par ces cotisations incluent pour ces deux populations des prestations en espèces (allocation d'invalidité pour les salariés et les exploitants agricoles, IJ maladie pour les seuls salariés) dont bénéficient les travailleurs indépendants non agricoles en contrepartie de cotisations supplémentaires ad hoc (0,7 % pour les IJ maladie des artisans et commerçants dans la limite de 5 plafonds de la sécurité sociale, 1,3 % dans la limite d'un plafond de la sécurité sociale pour la couverture invalidité des commerçants et 1,8 % dans la même limite pour celle des commerçants[14]).

La suppression des déductions pour frais professionnel concerne de l'ordre de 660 000 gérants majoritaires. Elle reviendra à majorer l'assiette sur laquelle sont calculées les cotisations sociales – de 11 % si le cotisant concerné appliquait l'abattement forfaitaire de 10 %. L'effet sera donc proportionnel au revenu.

Le graphique ci-dessous présente, à titre d'illustration, l'effet cumulé du déplafonnement de la cotisation maladie et de la suppression de l'abattement forfaitaire sur les cotisations acquittées par un artisan selon son niveau de revenu.



La courbe la plus basse représente le barème actuel. La courbe intermédiaire représente le cas d'un artisan qui n'est pas gérant majoritaire (qui n'est donc concerné que par le déplafonnement de la cotisation maladie) et la courbe la plus haute le cas d'un gérant majoritaire ayant opté pour l'impôt sur les sociétés (qui est donc concerné par les deux mesures).

L'exonération dégressive de cotisation maladie bénéficiera aux travailleurs indépendants aujourd'hui redevables de la cotisation minimale et dont le revenu annuel est inférieur à 14 550 €, soit 520 000 personnes. Elle pourra compenser, pour certains gérants majoritaires, l'effet de la suppression de l'abattement forfaitaire. Cette exonération atteindra au maximum 307 € pour les travailleurs

[13] Sur une assiette légèrement plus large puisque contenant les cotisations sociales salariales, alors qu'elles sont déductibles de leur propre assiette dans le cas des travailleurs indépendants.
[14] Les professionnels libéraux n'ont pas de prestations en espèces au titre de la maladie et leur couverture invalidité est variable selon les professions et assurée dans la plupart des cas via des prestations et cotisations forfaitaires.

indépendants en déficit ou avec un revenu nul, soit 160 000 personnes. En outre, par cohérence, l'assiette de cotisation minimale maladie des travailleurs indépendants en 2e année d'activité sera légèrement abaissée de 29 % à 27 % du plafond de la sécurité sociale (soit une moindre cotisation annuelle de 47 €).

L'élargissement à toutes les formes de société du champ du dispositif d'assujettissement des dividendes aux cotisations sociales concernerait de l'ordre de 50 000 travailleurs indépendants.

Enfin la hausse des taux de cotisations applicables aux auto-entrepreneurs concernerait de l'ordre de 400 000 personnes[15]. A titre d'exemple un auto-entrepreneur affilié à la CIPAV déclarant des recettes annuelles de 15 000 € (ce qui correspond au montant moyen déclaré par les auto-entrepreneurs en activité) verra ses cotisations sociales augmenter de 37 € par mois.

b) impacts sociaux

La mesure dans son ensemble vise à revenir sur la dégressivité du prélèvement sur les revenus des travailleurs indépendants. Elle améliore la situation des cotisants aux revenus les plus faibles de sorte à ne pas menacer la pérennité des entreprises individuelles les plus fragiles, et met surtout à contribution les professionnels les plus aisés. Comme montré ci-dessus, au travers de quelques cas-types, l'effet des différentes mesures, notamment du déplafonnement de cotisations, est mesuré et progressif.

Le tableau ci-dessous présente un bilan en termes de gagnants (bénéficiant de la nouvelle exonération de cotisation minimale maladie) et de perdants (en raison du déplafonnement de la cotisation maladie et de la suppression de l'abattement forfaitaire pour frais professionnels), en faisant apparaître les effectifs concernés et les montants moyens de gain/perte par tranche de revenus.

Tranche de revenu	Gagnants		Perdants		Situation inchangée
	Effectif	Montant moyen (€)	Effectif	Montant moyen (€)	Effectif
Inférieur à 12 BMAF (4 788 €)	310 000	227			84 000
Entre 12 BMAF et 7 000 €	42 000	108	17 000	59	13 000
Entre 7 000 € et 10 000 €	73 000	66	56 000	201	22 000
Entre 10 000 € et 40% du PSS (14 549 €)	61 000	23	54 000	393	41 000
Entre 40% du PSS et 1 PSS (36 372 €)			207 000	791	339 000
Entre 1 PSS et 5 PSS (181 860 €)			460 000	786	
Supérieur à 5 PSS			33 000	10 769	
Ensemble	486 000	167	827 000	1 105	499 000

En ce qui concerne les auto-entrepreneurs, la hausse des taux permet de combler l'écart de contributivité existant avec les autres travailleurs indépendants. Cette mesure n'est pas de nature à nuire à l'attractivité de ce dispositif. En effet, outre la simplicité qui y est attachée et qui contribue également à son succès, il exonère tous les travailleurs indépendants qui optent pour ce statut de toutes les cotisations minimales ce qui leur garantit la stricte proportionnalité du prélèvement social (et notamment le principe du zéro chiffre d'affaires, zéro prélèvement). Cet avantage essentiel est maintenu.

Au final, l'ensemble de ces dispositions ne devrait donc pas avoir d'effet négatif significatif sur l'activité des travailleurs indépendants.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

La mesure n'augmentera pas la charge administrative des personnes physiques, sauf pour les travailleurs indépendants qui se versent des dividendes en 2013 et 2014 dès lors qu'ils devront déclarer exceptionnellement ces revenus aux caisses dont ils relèvent afin que ceux-ci soient pris en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles de 2013 et 2014. Cette déclaration sera

[15] Un peu plus de la moitié des auto-entrepreneurs ne déclarent aucun chiffre d'affaires et ne paient donc aucune cotisation.

effectuée par le biais du dispositif dit d'estimation du revenu déjà existant et accessible par voie dématérialisée.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

L'ACOSS, le RSI et leur réseau de caisses locales seront les principaux artisans de la mise en œuvre de la mesure.

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

Les organismes concernés devront modifier leurs systèmes d'information dès fin 2012 en vue de l'appel des cotisations provisionnelles de 2013 qui intervient au cours du mois de décembre 2012. Ils devront également assurer l'information des cotisants.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

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

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

Un décret simple devra intervenir avant la fin 2012 pour préciser les modalités d'application de la mesure et notamment les règles d'exonération de la cotisation minimale maladie, et pour fixer les nouveaux taux de cotisations applicables aux auto-entrepreneurs.

2. Existence de mesures transitoires ?

A titre transitoire, pour les gérants majoritaires, afin d'approcher l'effet de la suppression des déductions pour frais professionnels, les revenus d'activité servant d'assiette aux cotisations provisionnelles dues au titre des exercices 2013 et 2014 sont relevés de manière forfaitaire à hauteur de 11 % pour prendre en compte l'intégration dans l'assiette sociale des déductions pour frais professionnels et intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition de parts sociales. Sans une telle disposition, l'effet de la réintégration de ces éléments ne serait pris en compte qu'au stade de la régularisation des cotisations dues au titre de l'année 2013 à la fin de l'année 2014, qui pourrait alors être très élevée et créer des difficultés pour certains travailleurs indépendants qui ne l'auraient pas correctement anticipées. Cette disposition dérogatoire de calcul des cotisations provisionnelles est donc transitoire, limitée dans objet car elle est rectifiée par la régularisation, et poursuit un objectif légitime de lissage de la hausse des prélèvements sur l'ensemble de l'année 2013 et de prévention des difficultés de trésorerie des cotisants.

Par ailleurs, dans le même sens, les dividendes versés en 2013 et 2014 sont pris en compte dans l'assiette des cotisations provisionnelles dues au titre de ces années. Pour ce faire, les travailleurs indépendants qui se versent des dividendes devront les déclarer aux caisses dont ils relèvent afin que cette prise en compte puisse être effectuée. Ceci permettra d'éviter en particulier des régularisations importantes en 2014 et 2015.

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

La mesure entre en vigueur au 1er janvier 2013 et donc nécessite une mise en œuvre par les régimes concernés dès fin 2012.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes concernés devront assurer l'information des cotisants dès la fin de cette année 2012.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Les données chiffrées relatives à l'application de cette mesure seront établies par la caisse nationale du RSI et par l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 131-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur leur revenu d'activité non salarié.	Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur leur revenu d'activité non salarié.
Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. En outre, les cotisations versées aux régimes facultatifs mentionnées au second alinéa du I de l'article 154 bis du même code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant le 13 février 1994.	Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, ~~des exonérations et~~ **des exonérations,** du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts **et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et huitième alinéas du 3° de l'article 83 du même code**. En outre, les cotisations versées aux régimes facultatifs mentionnées au second alinéa du I de l'article 154 bis du même code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant le 13 février 1994.
Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1er de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.	~~Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1er de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est~~ **Est** également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.
Pour les travailleurs indépendants non agricoles	Pour les travailleurs indépendants non agricoles

qui font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa. Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.	qui font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa. Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.
Article L. 133-6-8 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 133-6-8 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Par dérogation à l'article L. 131-6-2, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent opter, sur simple demande, pour que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées mensuellement ou trimestriellement en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée auxdits articles du code général des impôts. Des taux différents peuvent être fixés par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés aux articles 50-0 ou 102 ter du même code, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnés à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.	Par dérogation à l'article L. 131-6-2, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent opter, sur simple demande, pour que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées mensuellement ou trimestriellement en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée auxdits articles du code général des impôts **de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui acquitté aux mêmes titres par les travailleurs indépendants**. Des taux différents peuvent être fixés par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés aux articles 50-0 ou 102 ter du même code, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnés à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

L'option prévue au premier alinéa est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est exercée et, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de la création. L'option s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions. Le régime prévu par le présent article demeure applicable au titre des deux premières années au cours desquelles le chiffre d'affaires ou les recettes mentionnés aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont dépassés. Toutefois, ce régime continue de s'appliquer jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle les montants de chiffre d'affaires ou de recettes mentionnés aux 1 et 2 du II de l'article 293 B du même code sont dépassés.	L'option prévue au premier alinéa est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est exercée et, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de la création. L'option s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions. Le régime prévu par le présent article demeure applicable au titre des deux premières années au cours desquelles le chiffre d'affaires ou les recettes mentionnés aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont dépassés. Toutefois, ce régime continue de s'appliquer jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle les montants de chiffre d'affaires ou de recettes mentionnés aux 1 et 2 du II de l'article 293 B du même code sont dépassés.
Article L. 612-3 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 612-3 actuel** **du code de la sécurité sociale**
Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité institué par le présent titre une cotisation sociale de solidarité à la charge des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1. Le taux de cette cotisation additionnelle à la cotisation dont sont redevables personnellement les personnes assujetties en application des dispositions de l'article L. 722-4, ainsi que les modalités de son versement, sont fixés par arrêté interministériel.	Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité institué par le présent titre une cotisation sociale de solidarité à la charge des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1. Le taux de cette cotisation additionnelle à la cotisation dont sont redevables personnellement les personnes assujetties en application des dispositions de l'article L. 722-4, ainsi que les modalités de son versement, sont fixés par ~~arrêté interministériel~~ **décret**.
Article L. 612-4 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 612-4 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.	~~Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.~~ **Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.** **Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.** **Pour les cotisations dues au titre de la première et la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction.**
Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les	Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les

régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori. Les conditions d'application du présent article, et notamment le taux et les modalités de calcul des cotisations, ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle sont fixées par décret.	régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori. ~~Les conditions d'application du présent article, et notamment le taux et les modalités de calcul des cotisations, ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle sont fixées par décret.~~ **Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les dispositions des deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.**
Article L. 612-5 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 612-5 rétabli** **du code de la sécurité sociale**
Abrogé antérieurement.	**Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.** **Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa de l'article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroit linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa.** **La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.** **Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicables aux cotisations prévues à l'article L. 612-4.** **Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.**
Article L. 612-13 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 612-13 modifié** **du code de la sécurité sociale**
La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est	~~La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est~~

couverte par des cotisations supplémentaires fixées par décret et calculées selon les modalités prévues à l'article L. 612-4. Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses mutuelles régionales comportant des affiliés du groupe de professions considéré.	~~couverte par des cotisations supplémentaires fixées par décret et calculées selon les modalités prévues à l'article L. 612-4. Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses mutuelles régionales comportant des affiliés du groupe de professions considéré.~~ **La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.** **Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.** **Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré.**
Si l'équilibre financier entre cotisations supplémentaires et prestations supplémentaires versées par les caisses de base est rompu, la caisse nationale est tenue de proposer, après avis de la section professionnelle intéressée de son conseil d'administration, soit une augmentation des cotisations, soit une diminution des prestations ; en cas de carence de sa part, il y est pourvu d'office par décret. Les dispositions de l'article L. 613-8 sont applicables au service des prestations supplémentaires.	Si l'équilibre financier entre cotisations supplémentaires et prestations supplémentaires versées par les caisses de base est rompu, la caisse nationale est tenue de proposer, après avis de la section professionnelle intéressée de son conseil d'administration, soit une augmentation des cotisations, soit une diminution des prestations ; en cas de carence de sa part, il y est pourvu d'office par décret. Les dispositions de l'article L. 613-8 sont applicables au service des prestations supplémentaires.
Article L. 722-4 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 722-4 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés en application de l'article L. 131-6. Les revenus tirés des activités professionnelles qui ne sont pas réalisées dans le cadre des conventions, du règlement ou du régime d'adhésion personnelle mentionnés à l'article L. 722-1 sont pris en compte dans la limite du plafond fixé pour l'application de l'article L. 612-4.	Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés en application de l'article L. 131-6. ~~Les revenus tirés des activités professionnelles qui ne sont pas réalisées dans le cadre des conventions, du règlement ou du régime d'adhésion personnelle mentionnés à l'article L. 722-1 sont pris en compte dans la limite du plafond fixé pour l'application de l'article L. 612-4.~~
Article L. 756-3 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 756-3 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Les personnes exerçant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale, sont exonérées du	Les personnes exerçant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale, sont exonérées du

versement de toute cotisation lorsque leur revenu professionnel ne dépasse pas un certain montant fixé par décret.	versement de toute cotisation lorsque leur revenu ~~professionnel~~ **d'activité** ne dépasse pas un certain montant fixé par décret.
Article L. 756-4 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 756-4 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Par dérogation aux articles L. 242-11, des premier et dernier alinéas de l'article L. 612-4 et du premier alinéa de l'article L. 633-10, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des employeurs et travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 et de celles de l'article L. 756-3. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 sont également applicables aux cotisations d'assurance maladie par dérogation à l'article L. 612-4.	Par dérogation ~~aux articles L. 242-11~~ **aux dispositions de l'article L. 242-11**, des premier et dernier alinéas de l'article L. 612-4 et du premier alinéa de l'article L. 633-10, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des ~~employeurs et~~ travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 et de celles de l'article L. 756-3. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 sont également applicables aux cotisations d'assurance maladie par dérogation à l'article L. 612-4.
Article L. 756-5 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 756-5 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Par dérogation aux dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont calculées, à titre définitif, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires. Par dérogation aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6, la personne débutant l'exercice d'une activité indépendante non agricole est exonérée des cotisations et contributions, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.	Par dérogation aux dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont calculées, à titre définitif, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires. Par dérogation aux dispositions ~~du dernier alinéa de l'article L. 131-6~~ **de l'article L. 131-6-2**, la personne débutant l'exercice d'une activité indépendante non agricole est exonérée des cotisations et contributions, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

ARTICLE 12

SIMPLIFICATION DE L'ASSIETTE

DE LA CONTRIBUTION SOCIALE DE SOLIDARITE DES SOCIETES (C3S)

I. Présentation de la mesure

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

Depuis son origine (1970), la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est un prélèvement à finalité exclusivement sociale consistant à assujettir l'ensemble des ressources provenant de l'activité professionnelle des entreprises, en fonction de leur poids relatif dans l'économie. Le chiffre d'affaires des entreprises est soumis à la C3S au taux de 0,16 %[16] lorsqu'il est supérieur à 760 000 €. La C3S a concerné près de 300 000 entreprises et son rendement s'est établi à 5,3 Md€ en 2011.

Suite au constat de pratiques très hétérogènes au sein du secteur des établissements de crédit, l'assiette de la C3S de ces établissements a été redéfinie par l'article 20 de la LFSS pour 2012. Le chiffre d'affaires alors retenu comme assiette de la contribution fait explicitement référence à celui défini comme intermédiaire de calcul de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) mais retient certains ajustements afin de tenir compte de la spécificité de l'activité de ces établissements.

Dans le cadre du débat parlementaire lors de l'examen de l'article précité, la question d'une adaptation similaire pour le secteur assurantiel s'était posée.

L'analyse fine des éléments déclaratifs transmis par les redevables de ce secteur révèle néanmoins une plus grande homogénéité de comportement que dans le secteur bancaire. L'objectif de la mesure proposée ici se concentre donc sur une modernisation et une simplification de l'assiette de la contribution.

Par ailleurs, la présente mesure vise à achever le mouvement déjà engagé de rationalisation des modalités d'affectation de la C3S aux organismes de sécurité sociale attributaires. La LFSS pour 2011 a en ce sens constitué une étape décisive à la faveur d'une affectation en droits constatés entre les différents attributaires : le régime des exploitants agricoles bénéficie d'une fraction égale à 30,89 % du produit de la C3S ; les régimes de base du RSI reçoivent de la C3S dans la stricte limite de leur déficit comptable ; la totalité du solde est affectée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ces évolutions, recommandées par la Cour des comptes, ont permis la mise en cohérence de ce dispositif avec la présentation d'une comptabilité en droits constatés pour les organismes de sécurité sociale.

Ces évolutions n'ont néanmoins pas précisément traité la question du bénéficiaire du produit des placements de C3S (environ 20 M€ en 2011), tels qu'il résultent de la gestion financière effectuée par le RSI – dans le cadre plus général de la politique de mutualisation des trésoreries sociales – de cette ressource dont l'affectation en trésorerie aux attributaires se fait progressivement et au plus près des besoins en cours d'année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Jusqu'au traitement en droits constatés à compter de 2011 du produit de la C3S, les produits financiers n'étaient pas identifiés comptablement en tant que tels. L'exercice de clôture des comptes 2011 des organismes, qui s'est organisé sur la base de principes comptables clarifiés s'agissant de cette recette, a fait apparaître l'absence de disposition juridique s'agissant de l'affectation des intérêts financiers. Il convient de remédier à cette difficulté.

[16] Soit 0,13 % de C3S et 0,03 % de contribution additionnelle.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée consiste, comme cela avait été fait pour les établissements de crédit, à adapter la définition du chiffre d'affaires retenu en matière de CVAE aux spécificités à la fois du secteur concerné et de la C3S.

Cette définition s'inspire donc de celle retenue au plan fiscal pour la détermination de la cotisation sur la valeur ajoutée (CVAE) des entreprises d'assurance et de réassurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance. Toutefois, comme cela avait été retenu pour les établissements de crédit, les charges sur les opérations sur devises viendront minorer la composante de l'assiette relative à cette catégorie à concurrence des produits afférents.

La mesure proposée induit un léger élargissement de l'assiette puisque certains éléments, qui ne figuraient pas dans l'assiette déclarée par les redevables, le seront désormais comme les ajustements dits ACAV (assurance à capital variable) ou les commissions reçues des réassureurs.

Par ailleurs, elle aligne l'assiette des mutuelles et des institutions de prévoyance sur celle des entreprises d'assurance. Il convient néanmoins de noter que les primes et cotisations provenant de contrats complémentaire santé « responsables et solidaires » demeurent exonérées de C3S.

S'agissant par ailleurs de la nécessaire clarification du dispositif juridique d'affectation du produit des placements de C3S, il est proposé d'élire le FSV en tant qu'organisme attributaire. Il s'agit là de s'inscrire dans la philosophie actuelle qui retient déjà le FSV comme bénéficiaire du solde du produit de C3S, après affectation au régime des exploitants agricoles d'une fraction fixée par la loi, et aux régimes de base du RSI à hauteur de leurs besoins d'équilibrage comptable.

Il suffit pour cela d'insérer dans la partie législative du code de la sécurité sociale, avec une entrée en vigueur dès l'exercice 2012, une disposition prévoyant expressément que les produits financiers sont affectés chaque année au FSV. Le montant correspondant sera précisé chaque année dans l'arrêté fixant les montants définitifs de C3S à affecter aux différents attributaires.

Autres options possibles

Sans objet.

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

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

La mesure prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à 55 M€ pour 2013 pour la clarification de l'assiette de C3S pour les établissements de crédit.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire. Elle vise à clarifier la notion de chiffre d'affaires sur laquelle est assise la contribution. Elle ne modifie pas la nature juridique de la C3S à caractère non fiscal, qui ne frappe pas les transactions commerciales, et a été jugée conforme au droit communautaire et à la 6e directive TVA. Pour mémoire, par un arrêt du 27 novembre 1985 rendu dans l'affaire n° 295/84, la Cour de justice des communautés européennes a jugé que la contribution sociale de solidarité n'était pas contraire aux dispositions de l'article 33 de la sixième directive du 17 mai 1977 en raison du caractère non fiscal de ce prélèvement et du mode de calcul de la taxe qui s'applique sur le chiffre d'affaires global annuel et non pas opération par opération.

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

a) Possibilité de codification

Le dispositif requiert une modification de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale (I.B), et une modification de l'article L. 651-2-1 du même code (I.C). Une clarification est opérée dans l'article L. 651-1 pour faciliter les renvois entre la définition des redevables et la définition de l'assiette (I.A).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

La mesure s'applique dans le périmètre des régimes et organismes de protection sociale concernés soit les DOM (à l'exception de Mayotte), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier de la mesure de simplification de l'assiette de la C3S a été estimé à partir des documents[17] fournis à l'organisme en charge du recouvrement, par un panel de 85 entreprises du secteur, dans le cadre de l'action de contrôle de l'assiette des compagnies d'assurance et des mutuelles effectuée au titre de la C3S 2008 à 2010.

La comparaison entre les éléments retenus actuellement par ces compagnies pour la détermination de leur chiffre d'affaires et celui découlant de l'assiette envisagée permet d'évaluer l'impact financier de la mesure à 55 M€ dont 7 M€ pour les mutuelles et institutions de prévoyance.

[17] Comptes de résultat détaillé modèle 4080.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014*	*2015*	*2016*
FSV		+ 55	+55	+55	+55

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La clarification de l'assiette de la contribution aura un impact très limité sur les compagnies d'assurances. Cette mesure a surtout pour objectif de clarifier l'assiette de la C3S dont la rédaction ne reflète plus la réalité économique du monde des assurances. Cette redéfinition de l'assiette permet de simplifier l'appréhension de l'assiette et, par conséquent, d'améliorer la sécurité juridique tant pour les redevables que pour la sphère publique par le biais d'un lien direct avec la CVAE et le corpus de normes afférent.

b) impacts sociaux

La mesure confortera le rendement de la C3S qui est une ressource fondamentale pour l'équilibre des régimes de non salariés.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure prévue au I nécessite une modification du formulaire déclaratif de la C3S en ligne sur le portail Net-entreprises, dans un délai compatible avec la prochaine échéance déclarative (mai 2013).

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

L'impact est limité à la modification du portail déclaratif mentionnée ci-dessus.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure ne nécessita aucun texte règlementaire d'application. Une circulaire ministérielle commentera les dispositions adoptées.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Aucun délai de mise en œuvre n'est nécessaire. La mesure s'appliquera à la contribution due à compter du 1er janvier 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés via le portail Net-entreprises dans le cadre de la prochaine campagne de recouvrement.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

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

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

Un bilan d'application de la mesure sera produit régulièrement par le service compétent de la caisse nationale du RSI.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.651-2-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L.651-2-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté, sous réserve de l'application du 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, au régime social des indépendants au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels. Le solde du produit de la contribution résultant de l'application du premier alinéa est affecté au fonds mentionné à l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.	Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté, sous réserve de l'application du 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, au régime social des indépendants au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels. Le solde du produit de la contribution résultant de l'application du premier alinéa **ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés le cas échéant par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4** sont affectés au fonds mentionné à l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.
Article L651-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L651-5 modifié du code de la sécurité sociale**
Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues	Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues

d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.	d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ~~; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires~~. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.
Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.	Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.
Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.	Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.
	Pour les redevables mentionnés au 9° bis de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises est constitué par le résultat net positif de cette catégorie. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et

	que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.
Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.	Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.
Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.	Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.
Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.	~~Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.~~
Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.	~~Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.~~
Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les	~~Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les~~

primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.	~~primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.~~
Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.	~~Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.~~
Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.	Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.
Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.	Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.
Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.	Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.
Article L651-1 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L651-1 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Il est institué une contribution sociale de solidarité à la charge :	Il est institué une contribution sociale de solidarité à la charge :
1°) Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;	1°) Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;
2°) Des sociétés à responsabilité limitée ;	2°) Des sociétés à responsabilité limitée ;
3°) Des sociétés en commandite ;	3°) Des sociétés en commandite ;
4°) Des personnes morales de droit public dans	4°) Des personnes morales de droit public dans

les limites de leur activité concurrentielle ;	les limites de leur activité concurrentielle ;
4° bis) Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;	4° bis) Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;
5°) Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;	5°) Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;
6°) Des sociétés en nom collectif ;	6°) Des sociétés en nom collectif ;
7°) Des groupements d'intérêt économique ;	7°) Des groupements d'intérêt économique ;
8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;	8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;
9°) Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° :	9°) ~~Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° :~~
établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;	~~établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;~~ **Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code ;**
	9° bis) Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou par VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ;
10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif d'assurer	10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° bis qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif

l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs ;	d'assurer l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs ;
11°) Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.	11°) Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.

ARTICLE 13

MODERNISATION DE L'ASSIETTE DE LA TAXE SUR LES SALAIRES et RENFORCEMENT DE LA PROGRESSIVITE

I. Présentation de la mesure

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

Aujourd'hui, l'assiette de la taxe sur les salaires est alignée sur celle des cotisations de sécurité sociale.

Cette définition de l'assiette conduit à exonérer de taxe sur les salaires une partie substantielle de la rémunération versée par certains redevables, notamment par le biais de l'intéressement, de la participation et de la prévoyance complémentaire. Le développement de la part des éléments précédents dans le total des rémunérations conduit à une érosion relative de l'assiette de la taxe sur les salaires qu'il convient de neutraliser. En effet, comme l'indiquait l'IGF dans son rapport sur « l'évaluation des niches fiscales et sociales relatives aux revenus d'épargne financière » de mars 2010 : « *La mission constate la substitution sur longue période entre revenus distribués au titre de l'épargne salariale (participation, intéressement notamment) et salaires. Les exonérations d'impôt sur le revenu et les exemptions de cotisations sociales constituent en grande partie un effet d'aubaine pour les salariés et les entreprises qui peuvent ainsi distribuer des revenus d'activité défiscalisés.* ».

C'est tout particulièrement le cas pour le secteur financier dans la mesure où ces dispositifs y sont très développés : d'après les résultats de l'enquête PIPA publiés en aout 2011 par la DREES, les montants individuels versés dans ce secteur sont près de deux fois supérieurs à la moyenne.

Par ailleurs, en termes de progressivité de la taxe, son barème n'a pas été modifié depuis plus de 30 ans, de sorte que sa progressivité s'est massivement réduite. Elle ne différencie donc plus le niveau de prélèvement selon les salaires.

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

Mesure proposée :

Dans le cadre général de la démarche visant, pour des raisons financières et d'équité, à encadrer les « niches sociales », la mesure vise à supprimer les exemptions qui affectent l'assiette de la taxe sur les salaires en l'alignant sur celle de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d'activité, qui est également une imposition de toute nature mais dont l'assiette est beaucoup plus large.

Il est par ailleurs proposé de mettre en place une tranche additionnelle pour les très hautes rémunérations, celles supérieures à 150 000 €, afin de renforcer le caractère progressif de la taxe.

Mesure alternative :

Hausse de taux de la taxe. Rendement financier équivalent mais ne permet pas d'atteindre les mêmes objectifs d'équité et de neutralité vis-à-vis de la politique de rémunération des entreprises.

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

Les dispositions du présent article, qui concernent l'assiette et le taux de contributions affectées à la sécurité sociale, prennent place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale, en vertu du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. Elles auront en outre un effet sur les recettes de ces régimes et relèvent ainsi également du 2° du B du V du même article.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit existant. En effet, la taxe sur les salaires ne revêt pas le caractère d'une taxe sur le chiffre d'affaires prohibée par l'article 33 de la sixième directive.

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

a) Possibilité de codification

Le dispositif requiert de modifier l'article 231 du code général des impôts et l'article L.131-8 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 (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer -Saint-Pierre et Miquelon -Saint-Martin et Saint Barthélémy -autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Non Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier de l'ensemble de ces mesures a été estimé sur la base des DADS qui permettent de comparer les assiettes des cotisations sociales et de la CSG, notamment pour les redevables de la taxe sur les salaires.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
CNAF		+ 470	+ 470	+ 470	+ 470

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a. impacts économiques

Même si le différentiel entre l'assujettissement global des rémunérations concernées par la mesure (intéressement, participation, prévoyance) et les rémunérations « ordinaires » a été réduit par les mesures précédentes adoptées par le Parlement et par la mesure proposée ici, celui-ci demeure élevé en raison des exemptions dont bénéficient toujours ces sommes en matière de calcul des cotisations de sécurité sociale. Le caractère incitatif du cadre fiscal et social demeure et conduit à ne pas retenir d'hypothèse de baisse importante de ces dispositifs.

S'agissant de l'instauration d'une tranche additionnelle pour les rémunérations annuelles supérieures à 150 000 €, l'impact sera également d'ampleur limité. En effet, dans le cas d'une rémunération brute annuelle de 300 000 €, le surcroît de taxe sur les salaires induit par l'instauration de la nouvelle tranche est de 9 600 € soit environ 2 % du coût total pour l'employeur, charges comprises.

b. impacts sociaux

La mesure est sans impact sur l'emploi et le marché du travail.

L'impact sera très limité sur les employeurs intervenant dans le champ social (hôpitaux, établissements médico-sociaux, associations et organismes non lucratifs) : les rémunérations sont dans la très grande majorité des cas inférieures au seuil de la tranche supplémentaire, et les dispositifs de rémunération hors assiette de cotisations (participation) y sont peu développés.

c. impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a. impact sur les personnes physiques

Aucun

b. impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Le coût induit par la mesure pour les administrations publiques est extrêmement faible puisqu'elle n'élargit pas le champ des redevables.

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

La mesure est gérée par les services de la direction générale des finances publiques dont le système d'information devra, de même que les déclarations mises à disposition des redevables, évoluer en conséquence.

d. impact budgétaire

La mesure sera mise en œuvre avec les moyens existants.

e. impact sur l'emploi

La mesure sera mise en œuvre avec les moyens existants.

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

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

La mesure est d'application immédiate et ne nécessite pas de textes règlementaires.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Aucun délai de mise en œuvre n'est nécessaire.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés par les services de la DGFiP. La référence à une assiette existante, bien maîtrisée par les entreprises est de nature à faciliter grandement l'appropriation de ces changements.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Non

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

Non. Les données déclaratives (DADS notamment) et de recouvrement devront permettre de suivre l'évolution du produit de la taxe et l'impact de la mesure proposée. Par ailleurs, l'enquête PIPA de la DREES permettra de mesurer l'évolution des dispositifs d'intéressement et de participation dans les secteurs concernés.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 231 actuel **du code général des impôts**	**Article 231 modifié** **du code général des impôts**
1. Les sommes payées à titre de rémunérations sont soumises à une taxe sur les salaires égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues aux chapitres Ier et II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ou pour les employeurs de salariés visés aux articles L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, au titre IV du livre VII dudit code, et à la charge des personnes ou organismes, à l'exception des collectivités locales, de leurs régies personnalisées mentionnées à l'article L. 1412-2 du code général des collectivités territoriales et de leurs groupements, des services départementaux de lutte contre l'incendie, des centres d'action sociale dotés d'une personnalité propre lorsqu'ils sont subventionnés par les collectivités locales, du centre de formation des personnels communaux, des caisses des écoles et des établissements d'enseignement supérieur visés au livre VII du code de l'éducation qui organisent des formations conduisant à la délivrance au nom de l'Etat d'un diplôme sanctionnant cinq années d'études après le baccalauréat, qui paient ces rémunérations lorsqu'ils ne sont pas assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée ou ne l'ont pas été sur 90 % au moins de leur chiffre d'affaires au titre de l'année civile précédant celle du paiement desdites rémunérations. L'assiette de la taxe due par ces personnes ou organismes est constituée par une partie des rémunérations versées, déterminée en appliquant à l'ensemble de ces rémunérations le rapport existant, au titre de cette même année, entre le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée et le chiffre d'affaires total. Le chiffre d'affaires qui n'a pas été assujetti à la taxe sur la valeur ajoutée en totalité ou sur 90 p. 100 au moins de son montant, ainsi que le chiffre d'affaires total mentionné au dénominateur du rapport s'entendent du total des recettes et autres produits, y compris ceux correspondant à des opérations qui n'entrent pas dans le champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée. Le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée mentionné au numérateur du rapport s'entend du total des recettes et autres produits qui n'ont pas ouvert droit à déduction de la taxe sur la valeur ajoutée.	1. ~~Les sommes payées à titre de rémunérations sont soumises à une taxe sur les salaires égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues aux chapitres Ier et II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ou pour les employeurs de salariés visés aux articles L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, au titre IV du livre VII dudit code~~ **Les sommes payées à titre de rémunérations aux salariés, à l'exception de celles correspondant aux prestations de sécurité sociale versées par l'entremise de l'employeur, sont soumises à une taxe égale à 4,25 % de leur montant évalué selon les règles prévues à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, sans qu'il soit toutefois fait application des dispositions du deuxième alinéa du I de cet article. Cette taxe est à la charge des entreprises et organismes qui emploient ces salariés** ~~, et à la charge des personnes ou organismes~~, à l'exception des collectivités locales, de leurs régies personnalisées mentionnées à l'article L. 1412-2 du code général des collectivités territoriales et de leurs groupements, des services départementaux de lutte contre l'incendie, des centres d'action sociale dotés d'une personnalité propre lorsqu'ils sont subventionnés par les collectivités locales, du centre de formation des personnels communaux, des caisses des écoles et des établissements d'enseignement supérieur visés au livre VII du code de l'éducation qui organisent des formations conduisant à la délivrance au nom de l'Etat d'un diplôme sanctionnant cinq années d'études après le baccalauréat, qui paient ces rémunérations lorsqu'ils ne sont pas assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée ou ne l'ont pas été sur 90 % au moins de leur chiffre d'affaires au titre de l'année civile précédant celle du paiement desdites rémunérations. L'assiette de la taxe due par ces personnes ou organismes est constituée par une partie des rémunérations versées, déterminée en appliquant à l'ensemble de ces rémunérations le rapport existant, au titre de cette même année, entre le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée et le chiffre d'affaires total. Le chiffre d'affaires qui n'a pas été assujetti à la taxe sur la valeur ajoutée en totalité ou sur 90 p. 100 au moins de son montant, ainsi que le chiffre d'affaires total mentionné au dénominateur du rapport s'entendent du total des recettes et autres produits, y compris ceux correspondant à des opérations qui n'entrent pas dans le champ

	d'application de la taxe sur la valeur ajoutée. Le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée mentionné au numérateur du rapport s'entend du total des recettes et autres produits qui n'ont pas ouvert droit à déduction de la taxe sur la valeur ajoutée.
Les rémunérations versées par les employeurs dont le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile précédant le versement de ces rémunérations n'excède pas les limites définies aux I, III et IV de l'article 293 B sont exonérées de la taxe sur les salaires.	Les rémunérations versées par les employeurs dont le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile précédant le versement de ces rémunérations n'excède pas les limites définies aux I, III et IV de l'article 293 B sont exonérées de la taxe sur les salaires.
Les entreprises entrant dans le champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée qui n'ont pas été soumises en fait à cette taxe en vertu d'une interprétation formellement admise par l'administration sont redevables de la taxe sur les salaires.	Les entreprises entrant dans le champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée qui n'ont pas été soumises en fait à cette taxe en vertu d'une interprétation formellement admise par l'administration sont redevables de la taxe sur les salaires.
Les rémunérations payées par l'Etat sur le budget général sont exonérées de taxe sur les salaires lorsque cette exonération n'entraîne pas de distorsion dans les conditions de la concurrence.	Les rémunérations payées par l'Etat sur le budget général sont exonérées de taxe sur les salaires lorsque cette exonération n'entraîne pas de distorsion dans les conditions de la concurrence.
1 bis. (Abrogé).	1 bis. (Abrogé).
1 ter. (Abrogé pour les rémunérations perçues à compter du 1er janvier 2002).	1 ter. (Abrogé pour les rémunérations perçues à compter du 1er janvier 2002).
2. (Abrogé).	2. (Abrogé).
2 bis. Le taux de la taxe sur les salaires prévue au 1 est porté de 4,25 à 8,50 % pour la fraction comprise entre 7 604 € et 15 185 € et à 13,60 % pour la fraction excédant 15 185 euros de rémunérations individuelles annuelles. Ces limites sont relevées chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente. Les montants obtenus sont arrondis, s'il y a lieu, à l'euro supérieur.	2 bis. ~~Le taux de la taxe sur les salaires prévue au 1 est porté de 4,25 à 8,50 % pour la fraction comprise entre 7 604 € et 15 185 € et à 13,60 % pour la fraction excédant 15 185 euros de rémunérations individuelles annuelles~~. **Le taux de la taxe sur les salaires prévue au 1 est porté de 4,25 à 8,50 % pour la fraction comprise entre 7 604 € et 15 185 €, à 13,60 % pour la fraction comprise entre 15 185 euros et 150 000 € et à 20 % pour la fraction excédant 150 000 € de rémunérations individuelles annuelles.** Ces limites sont relevées chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente. Les montants obtenus sont arrondis, s'il y a lieu, à l'euro supérieur.
Les taux majorés ne sont pas applicables aux rémunérations versées par les personnes physiques ou morales, associations et organismes domiciliés ou établis dans les départements d'outre-mer.	Les taux majorés ne sont pas applicables aux rémunérations versées par les personnes physiques ou morales, associations et organismes domiciliés ou établis dans les départements d'outre-mer.
3 a. Les conditions et modalités d'application du 1 sont fixées par décret. Il peut être prévu par ce décret des règles spéciales pour le calcul de la taxe sur les salaires en ce qui concerne certaines professions, notamment celles qui relèvent du régime agricole au regard des lois sur la sécurité sociale.	3 a. Les conditions et modalités d'application du 1 sont fixées par décret. Il peut être prévu par ce décret des règles spéciales pour le calcul de la taxe sur les salaires en ce qui concerne certaines professions, notamment celles qui relèvent du régime agricole au regard des lois sur la sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'Etat fixera, en tant que de besoin, les modalités selon lesquelles sera déterminé le rapport défini au 1. b. Un décret pris en conseil des ministres, après avis du Conseil d'Etat, fixe les conditions d'application du premier alinéa du 2 bis. 4. (Abrogé) 5. Le taux de 4,25 % prévu au 1 est réduit à 2,95 %, dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, et à 2,55 % dans le département de la Guyane. 6. Les dispositions de l'article 1er de la loi n° 68-1043 du 29 novembre 1968, qui, sous réserve du 1, ont supprimé la taxe sur les salaires pour les rémunérations versées à compter du 1er décembre 1968, n'apportent aucune modification aux textes législatifs et réglementaires en vigueur, autres que ceux repris sous le présent article, et qui se réfèrent à la taxe sur les salaires.	Un décret en Conseil d'Etat fixera, en tant que de besoin, les modalités selon lesquelles sera déterminé le rapport défini au 1. b. Un décret pris en conseil des ministres, après avis du Conseil d'Etat, fixe les conditions d'application du premier alinéa du 2 bis. 4. (Abrogé) 5. Le taux de 4,25 % prévu au 1 est réduit à 2,95 %, dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, et à 2,55 % dans le département de la Guyane. 6. Les dispositions de l'article 1er de la loi n° 68-1043 du 29 novembre 1968, qui, sous réserve du 1, ont supprimé la taxe sur les salaires pour les rémunérations versées à compter du 1er décembre 1968, n'apportent aucune modification aux textes législatifs et réglementaires en vigueur, autres que ceux repris sous le présent article, et qui se réfèrent à la taxe sur les salaires.
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 : 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 : -à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 59,03 % ; -à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 24,27 % ; -au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 16,7 % ; 2° (Abrogé) […]	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 : 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 : -à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à **56,8** % ; -à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à **27,1** % ; -au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à **16,1** % ; 2° (Abrogé) […]

ARTICLE 14

MODIFICATION DU REGIME SOCIAL DES *CARRIED INTERESTS*

I. Présentation de la mesure

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

a. Les carried interests bénéficient jusqu'ici d'un régime fiscal et social avantageux

Les fonds communs de placement à risque constituent une des modalités de la gestion collective de l'épargne existante en France depuis 1964. Les sociétés de capital sont plus spécifiquement régies par la loi du 11 juillet 1985.

Dans le but de créer des incitations financières liées à la performance de leurs salariés chargés de constituer des fonds de capital-risque, les entreprises ont institué dans les conventions de mise en place de ces fonds, des bonus au bénéfice de ces salariés en fonction du travail accompli et de ses résultats : les *carried interests*, qui constituent des dispositifs d'intéressement des gestionnaires de portefeuille aux performances des sociétés cibles gérées et qui sont octroyés, le cas échéant, lorsque le taux de retour sur investissement des investisseurs du fonds est supérieur à un certain pourcentage (8 % le plus fréquemment).

Les parts ou actions de *carried interests* sont acquises ou souscrites par des membres de l'équipe de gestion d'un fonds commun de placement à risque (FCPR) ou d'une société de capital risque (SCR). Le niveau de l'investissement en capital, les modalités de souscription et de libération des parts et actions et la répartition finale des plus-values entre investisseurs privés et équipe de gestion sont déterminés contractuellement lors de la création du FCPR et de l'émission de nouvelles actions de la SCR.

Exemple simplifié :

Soit un FCPR (fonds commun de placement à risques) dans lequel 10 souscripteurs apportent 10 M€. 5 souscripteurs sont salariés de la société de gestion qui gère le FCPR, porteurs de carried interests*. La souscription de chacun de ces 5 salariés s'élève à 1 % du capital investi, soit 100 000 €, les 5 autres souscripteurs se répartissant à parts égales les 9,5 M € restants, soit 1,9 M€ d'apport pour chaque souscripteur.*

Le FCPR est créé en N (apports effectués dès N). Il effectue une répartition d'actif de 800 000 € par souscripteur « extérieur » en N+3 et une deuxième répartition d'actif pour les mêmes souscripteurs de 1,5 M€ en N+7. Par ailleurs, lors de la liquidation à N+10, un montant de 3 M€ est attribué à tous les porteurs dont 20 % réservés pour les gestionnaires.

La somme nette perçue par souscripteur « extérieur » est donc de : [0,8 + 1,5 + (3 x 80 %)] – 1,9 = 2,8 (soit un rendement de 150 %)

La somme nette perçue par chaque salarié de l'équipe gestionnaire est quant à elle de : (3 x 20 %) – 0,1 = 0,5 M€ (soit un rendement de 500 %).

Le régime fiscal du *carried interest* a été initialement précisé par voie doctrinale en 2002 (BOI n° 61 du 28 mars 2002). Considérés comme des plus-values obtenues en contrepartie de souscriptions au capital investi d'une société, les *carried interests* ont été soumis à la fiscalité forfaitaire de ce type de revenus.

Ce système a ensuite été repris sous une forme aménagée par l'article 15 de la loi de finances rectificative pour 2009. Depuis, les plus-values des *carried interests* relèvent du régime des plus-values de cession de valeurs mobilières au taux de 19 % (2 de l'article 200 A du CGI). Seuls les *carried interests* versés sans respect d'un certains nombre de conditions, tenant principalement au montant minimal d'investissement dans le fonds, sont imposés dans la catégorie des traitements et salaires (voir ci-dessous, *1.2.*)

Le régime social est une déclinaison du régime fiscal. Il a été mis en place parallèlement à la LFR pour 2009 par la LFSS pour 2010 (art. L. 137-18 CSS). Il ne traite que des salariés, les employeurs étant exemptés de tout prélèvement :

- Les *carried interests* sont assujettis aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine, au taux global de 15,5 % depuis le 1er janvier 2012 (CSG sur revenus du patrimoine pour 8,2 %, CRDS, au taux de 0,5 %, contribution pour le RSA au taux de 1,1 %, contribution pour la CNSA au taux de 0,3 % et prélèvement additionnel, au taux de 5,4 %).

- Les *carried interests* qui ne respectent pas les conditions relatives notamment au montant minimal que doit investir le gestionnaire sont assujettis à un prélèvement forfaitaire au taux de 30 %.

b. Les carried interests bénéficient majoritairement du régime favorable précisé au 1.1.

La LFR pour 2009 a prévu que les parts du fonds acquises par le gestionnaire pour la constitution d'un *carried interest* doivent s'élever au minimum à 1 % du montant total des souscriptions dans le fonds (article 80 quindecies et 8 du II de l'article 150-0 A du CGI). Cette même loi a renvoyé à un décret pris après avis de l'Autorité des marchés financiers la possibilité de fixer un pourcentage inférieur à 1 %. D'autres conditions ont été prévues pour l'octroi d'un régime fiscal et social favorable : le salarié doit notamment percevoir un salaire au titre du contrat de travail avec sa société de gestion, et la date de distribution des actions ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de cinq ans suivant leur date d'émission.

Le décret du 16 octobre 2009 a autorisé, à titre dérogatoire, à abaisser à 0,25 % du montant total des souscriptions la part devant être acquise par le gestionnaire de certains fonds[18]. La plus-value attribuée au gestionnaire peut donc dans ces cas être 80 fois supérieure à leur part dans le fond.

Des dérogations ont ainsi été mises en place au bénéfice des :

- Fonds d'investissement de proximité (FIP), constitués de placements librement choisis par un fonds en fonction de sa stratégie d'investissement (actions, obligations, Sicav) et de titres (actions, parts de SARL) émis par des petites et moyennes entreprises (PME)
- Fonds commun de placement dans l'innovation (FCPI), composés de placements librement choisis et de valeurs mobilières (actions, obligations), ainsi que de parts de SARL émises par des sociétés dites « innovantes ».
- Fonds dont l'objet est d'investir dans les PME au sens du droit communautaire[19] non cotés sur un marché réglementé ou sur un marché non réglementé d'un Etat qui n'est pas partie à l'accord sur l'Espace économique européen.
- Fonds dont l'objet est d'investir dans les sociétés innovantes dont les titres ne sont cotés ni sur un marché réglementé, ni sur un marché non réglementé d'un Etat qui n'est pas partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

En ce qui concerne la possibilité de déroger au taux d'investissement de 1 %, un comité du capital-investissement, placé auprès du ministre de l'économie, a été mis en place par le décret du 16 octobre 2009. Il est chargé de délivrer un avis sur les demandes de dérogation en vue de l'octroi d'un taux minoré ne pouvant être inférieur à 0,5 %, au bénéfice des structures de capital-risque dont l'objet principal est « *d'investir dans des conditions particulières au regard des pratiques courantes de marché, compte tenu des types d'investissement pratiqués et du niveau de risque qui en résulte* ».

Il résulte de ce dispositif que la majorité des *carried interests* bénéficient aujourd'hui du régime le plus favorable. Parallèlement, en matière sociale, l'assujettissement à la contribution libératoire de 30 % n'est appliqué qu'à titre exceptionnel. Son rendement s'est élevé en 2011 à 917 000 €, soit une assiette d'environ 3 M€, alors que l'assiette du prélèvement au taux global de 15,5 % est évaluée à 400 M€.

[18] Décret n° 2009-1248 du 16 octobre 2009 pris en application du cinquième alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A et du sixième alinéa du 1 du II de l'article 163 quinquies C du code général des impôts et fixant le taux minimal d'investissement dans certaines structures de capital-risque applicable à titre dérogatoire.

[19] Entreprises de moins de 250 salariés et dont le chiffre d'affaire annuel n'excède pas 50 M€ ou dont le total du bilan annuel n'excède pas 43 M€.

c. *Le prélèvement social sur ces formes particulières de rémunérations apparaît inadapté eu égard aux règles qui fondent la contribution des salariés au financement de la protection sociale*

Le mécanisme des *carried interests* permet à une catégorie particulière de salariés du secteur financier de bénéficier, à investissement égal dans un fond de capital risque, d'un gain supérieur à celui de l'investisseur extérieur client du fonds.

Les revenus ainsi perçus ont une nature mixte. Comme dans des cas similaires (attribution de stock options, retraites chapeau), la question posée en termes d'assujettissement aux prélèvements réside dans l'assimilation – que défendent en général les promoteurs de ces dispositifs – ou non de la totalité de la rémunération reçue par le salarié à ce qui relève d'une partie spécifique rémunérant un investissement, un aléa, etc. L'enjeu est aussi le cas échéant de séparer alors les différentes parties de la rémunération.

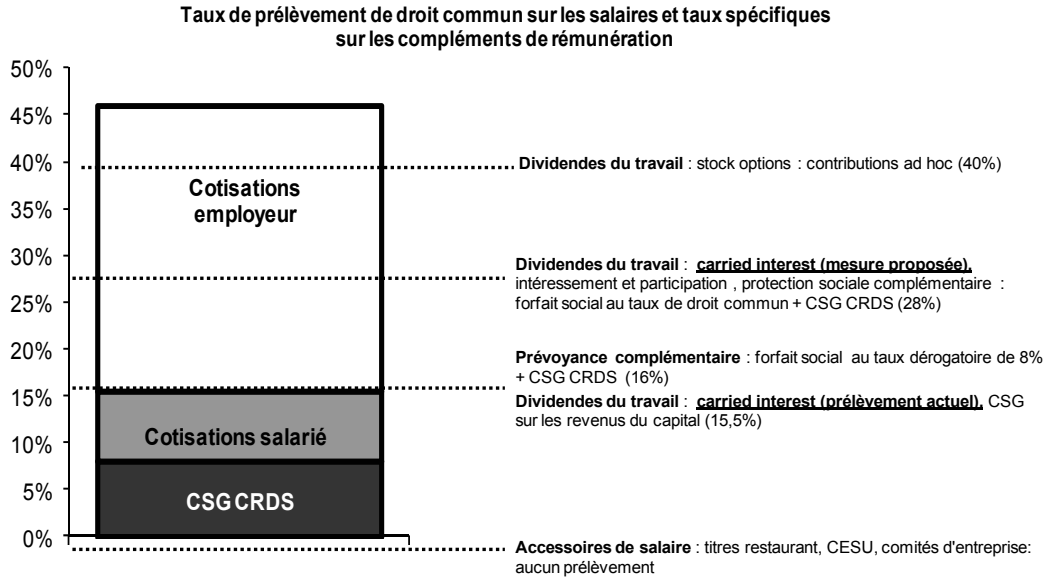
Or le fait que les gestionnaires bénéficient, pour un montant d'investissement identique, de taux de rentabilité plus élevés que les investisseurs ordinaires, sous condition de performance de leur gestion, ne peut s'analyser que comme étant lié au statut de gestionnaires et aux résultats de leur travail.

En matière fiscale, le projet de loi de finances pour 2013 (cf. articles xxx et xxx), propose de modifier le régime des parts ou actions à rendement subordonné des gestionnaires de fonds d'investissement (*carried interest*) à l'impôt sur le revenu pour imposer la totalité des distributions et des gains nets en traitements et salaires,

Compte tenu de ces éléments il est cohérent de prévoir un assujettissement, en termes de contributions sociales, à la CSG et la CRDS aux taux applicable aux revenus d'activité et en ce qui concerne le fonds ou la société de capital risque, au forfait social au taux de 20 %. Ces contributions qui sont des impositions de toute nature visent à compléter les cotisations sociales qui se limitent aux rémunérations « ordinaires » afin d'assujettir les rémunérations complémentaires afin de limiter les possibilités de substitution, de faire en sorte que le financement de la protection sociale évolue comme l'ensemble de la richesse nationale et de répondre à un souci de solidarité et d'équité. Cet assujettissement à taux de 20 % correspond au niveau des prélèvements non-contributifs patronaux sur les salaires (la comparaison n'intègre pas les prélèvements contributifs car ces compléments de rémunération n'ouvrent pas de droits).

Une étude publiée en avril 2011 sur la transformation des inégalités salariales en France montre que c'est principalement l'évolution des rémunérations des cadres de la finance – opérateurs de salles de marché, *traders*, banquiers etc. – qui a contribué à l'accroissement des inégalités en France sur les trente dernières années. Selon cette même étude, entre 1996 et 2007, les salaires du « top 100 » des cadres de la finance ont augmenté de 8,7 % contre 3,6 % pour les PDG hors finance. Les salariés figurant au top français des opérateurs de marché, traders et autres banquiers ont touché, en moyenne, près de 4,7 M€ en 2007 (fixe et variable, hors stocks options et attributions d'actions). La tranche des 0,01 % des salaires les plus élevés compte au total 40 % des salariés de la finance, 20 % de chefs d'entreprises et 10 % de sportifs.

Le graphique suivant compare les taux globaux de prélèvements sociaux découlant de la mesure proposée pour les différentes formes de rémunérations.



Taux de prélèvements applicables en 2012.

Lecture : le taux cumulé des cotisations et contributions sur les salaires (CSG-CRDS, cotisations salariales et cotisations employeurs) est de plus de 45 % en dessous du plafond de la sécurité sociale, alors qu'il est de 28 % sur l'intéressement et qu'il est nul sur les titres restaurant.

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

Mesure proposée :

Il est proposé un assujettissement à la CSG et à la CRDS, aux taux applicables aux revenus d'activité, et au forfait social (au taux de 20 %) qui assujettit précisément les sommes qui figurent dans les assiettes de la CSG et de la CRDS mais pas dans celle des cotisations.

Afin d'assurer un recouvrement de la CSG et de la CRDS dans des conditions optimales, il est prévu d'adosser le paiement des sommes à celui de l'impôt sur le revenu comme c'est le cas (à un taux global plus élevé) pour les revenus du patrimoine mais aussi depuis la LFSS pour 2012 pour certains revenus de source étrangère.

Il est précisé en outre, via un ajout dans l'article général qui encadre les règles de recouvrement des contributions ad hoc finançant la sécurité sociale, que le paiement du forfait social sera acquitté par la société ou le fonds qui procède à la distribution des *carried interests*.

Autre option possible :

Aucune au vu de l'objectif poursuivi.

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

Cette mesure majore les recettes du régime général. Elle prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

La réforme conduit à modifier des dispositions déjà codifiées.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La contribution de 30 % applicable dans des cas particuliers sera supprimée (article L. 137-18 du code de la sécurité sociale et section correspondante).

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Comme pour tous les dispositifs de nature mixte évoqués au début du point 1.3, la transparence sur les montants concernés est relativement faible et les données globales disponibles sur les *carried interests* sont peu nombreuses. Les données diffusées par l'Association française des investisseurs pour la croissance, qui regroupe les professionnels du capital investissement, permettent d'estimer que l'assiette concernée devrait s'élever à 400 M€.

Le rendement sera de 80 M€ par an au titre du forfait social, à compter de 2013, et de 32 M€ par an au titre de la CSG activité, à compter de 2014, en raison du décalage de l'établissement de l'impôt sur le revenu.

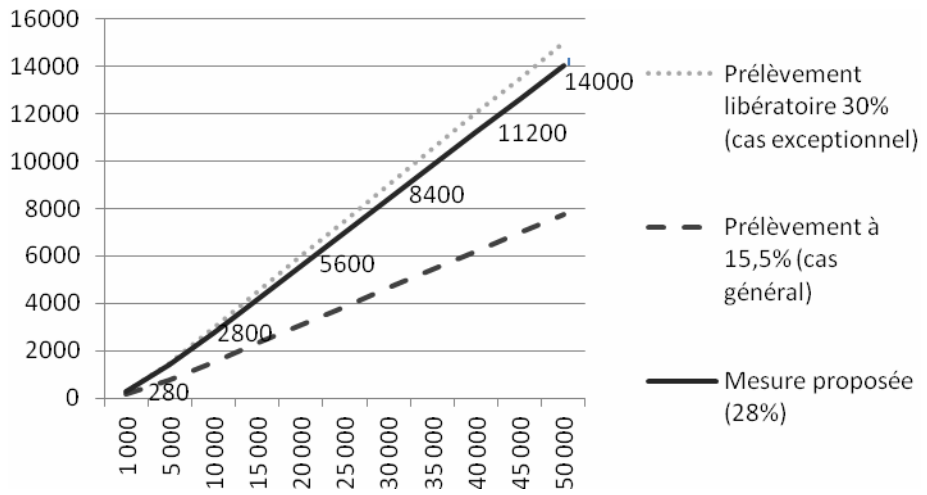
Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 R***	***2014 P***	***2015***	***2016***
Ensemble des régimes et organismes attributaires de forfait social et de CSG		80	112	112	112

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Pour les gestionnaires de fonds, le prélèvement social proportionnel qui sera opéré à l'issue de la mesure est présenté dans le graphique ci-après :



Lecture : pour un *carried interest* d'un montant de 50 000 €, un prélèvement social total de 14 000 € sera mis à la charge de l'employeur et du gestionnaire, contre un peu moins de 8 000 € actuellement ou 15 000 € en cas d'application du prélèvement libératoire au taux de 30 %.

Comme pour les stock-options, la création d'un prélèvement spécifique sur les *carried interests* ne modifiera pas forcément le comportement des employeurs qui continueront à distribuer ces bonus à leurs salariés notamment les mieux rémunérés. La diminution du recours à ces dispositifs se traduirait par une possibilité de report sur la masse salariale ordinaire versée par les entreprises et entraînerait de ce fait des recettes au moins équivalentes pour les organismes sociaux. Par ailleurs, la part des montants investis par les gestionnaires est globalement trop faible pour affecter significativement le volume des encours du capital risque.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La CSG et la CRDS seront recouvrées par les services de la DGFIP, le forfait social par les URSSAF.

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

La mesure nécessite de faire recouvrer par voie de rôle la CSG au taux applicable aux revenus d'activité ainsi que la CRDS. Une modification du formulaire sera à prévoir.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

La réforme entre en vigueur à compter des rémunérations versées le 1er janvier 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information générale auprès des acteurs concernés sera assurée par les services fiscaux et par le réseau des URSSAF.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non. Toutefois, outre les rubriques qui pourront être créées dans la déclaration annuelle des données sociales, les informations individuelles déclarées par les contribuables permettront d'effectuer un suivi.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 136-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 136-2 modifié du code de la sécurité sociale
I.-La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des	I.-La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des

revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3. […] II.-Sont inclus dans l'assiette de la contribution : 1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ; […] 7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.	revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3. […] II.-Sont inclus dans l'assiette de la contribution : 1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ; […] 7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit. **8° Les distributions ou les gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque ou des droits représentatifs d'un placement financier dans une entité, constituée dans un État membre de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ayant conclu avec la France une convention d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales et dont l'objet principal est d'investir dans des sociétés dont les titres ne sont pas admis aux négociations sur un marché d'instruments financiers français ou étranger, ou d'une société qui réalise des prestations de services liées à la gestion de cette entité, donnant lieu à des droits différents sur l'actif net ou les produits du fonds, de la société ou de l'entité, et attribués en fonction de la qualité de la personne.**
Article L. 136-5 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 136-5 modifié** **du code de la sécurité sociale**
I.-La contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1, L. 136-2, L. 136-3 sous réserve de son deuxième alinéa, et L. 136-4 ci-dessus est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale	I.- **Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article,** la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1, L. 136-2, L. 136-3 ~~sous réserve de son deuxième alinéa,~~ et L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des

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 et L. 632-7 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. […] 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, est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.	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 et L. 632-7 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. […] 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 revenus mentionnés au 8° 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.
Article L. 137-15 actuel **Du code de la sécurité sociale**	**Article L. 137-15 modifié** **Du code de la sécurité sociale**
Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception : 1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code	Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur **ou de toute autre personne débitrice des sommes en cause**, à l'exception : 1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code

[…]	[…]
Article L. 137-18 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 137-18 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Il est institué une contribution sociale libératoire au taux de 30 % assise sur les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 quindecies du code général des impôts qui, en application du même article, sont imposables à l'impôt sur le revenu au nom des salariés et dirigeants bénéficiaires selon les règles applicables aux traitements et salaires. Elle est mise à la charge de ces salariés et dirigeants et affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent. Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.	~~Il est institué une contribution sociale libératoire au taux de 30 % assise sur les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 quindecies du code général des impôts qui, en application du même article, sont imposables à l'impôt sur le revenu au nom des salariés et dirigeants bénéficiaires selon les règles applicables aux traitements et salaires. Elle est mise à la charge de ces salariés et dirigeants et affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent.~~ ~~Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.~~
Article L. 242-1 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 242-1 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire. […] Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts qui n'est pas imposable en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par	Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire. […] Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts qui n'est pas imposable en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par

l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.	l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions. **Sont également exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les distributions et les gains nets mentionnés au 8° du II de l'article L. 136-2.**
Les attributions gratuites d'actions effectuées conformément aux dispositions des articles L. 225-197-1 à L. 225-197-3 du code de commerce sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa si elles sont conservées dans les conditions mentionnées au I de l'article 80 quaterdecies du code général des impôts et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.	Les attributions gratuites d'actions effectuées conformément aux dispositions des articles L. 225-197-1 à L. 225-197-3 du code de commerce sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa si elles sont conservées dans les conditions mentionnées au I de l'article 80 quaterdecies du code général des impôts et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.
[…]	[…]

ARTICLE 15

SUPPRESSION DE L'ASSIETTE FORFAITAIRE

POUR LES SALARIES DES PARTICULIERS EMPLOYEURS

I. Présentation de la mesure

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

L'acquisition des droits sociaux comme celle des droits civiques des salariés des particuliers employeurs (environ 750 000 à ce jour hors assistants maternels) est demeurée très longtemps dérogatoire par rapport à ceux des autres salariés. Cette situation perdure partiellement malgré les évolutions législatives ou réglementaires. Aujourd'hui se pose la question du maintien de la possibilité pour l'employeur d'utiliser une assiette forfaitaire pour calculer les cotisations alors même qu'elle a pour effet de réduire les droits du salarié en matière de prestations en espèces.

1.1. Un mécanisme d'assiette forfaitaire ancien, complété par un dispositif éphémère d'abattement du taux des cotisations en cas d'option pour une assiette réelle (2006-2011)

Le mécanisme de l'assiette forfaitaire des cotisations des particuliers employeurs a été mis en place par un arrêté du 23 décembre 1968. Son inscription dans la loi (art. L. 133-7 CSS) ne s'est produite qu'en 2003, dans un contexte d'encouragement du secteur des services à la personne, sans qu'il soit alors fondamentalement modifié.

L'objectif poursuivi par ce dispositif était l'incitation au respect des obligations déclaratives des employeurs.

Eu égard aux conséquences sur les droits contributifs de tout mécanisme d'assiette forfaitaire (voir ci-dessous, partie 1.2.) l'ordonnance n°2003- 1213 du 18 décembre 2003 a inséré dans le code de la sécurité sociale une disposition, applicable à compter du 1er janvier 2004, permettant aux particuliers employeurs de cotiser sur l'ensemble des rémunérations versées à leur salarié. Aucune incitation n'était associée au recours à l'assiette réelle, reposant sur « un commun accord » et visant à permettre de cotiser sur une assiette plus large que celle « égale, par heure de travail, à une fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance applicable au premier jour du trimestre civil considéré » (art. L. 133-7 CSS).

L'article 6 de la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, rompant avec cette logique, a entendu créer une incitation économique à cotiser sur le salaire réel. A compter du 1er janvier 2006, le bénéfice d'un abattement de 15 points des cotisations patronales a ainsi été ouvert pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle. Mais la possibilité d'opter pour une assiette forfaitaire égale au produit du nombre d'heures réalisées par le montant du Smic a été maintenue.

Le mécanisme d'abattement sur l'assiette réelle, qui faisait l'objet d'une compensation du budget de l'Etat à la sécurité sociale, à l'encontre du dispositif d'assiette forfaitaire, a connu un succès certain puisqu'en 2010, 2 employeurs sur 3 avaient opté pour cette assiette réelle.

1.2. Le législateur a entendu en 2011 restreindre le champ des exonérations accordées pour l'emploi à domicile des particuliers non fragiles

L'article 200-I-1° de la loi de finances pour 2011 a supprimé l'abattement de 15 points en cas d'option pour l'assiette réelle. Cette suppression poursuivait un double objectif de suppression d'une niche sociale et d'économie budgétaire. Le secteur des services à la personne a bénéficié dans son ensemble à compter du milieu des années 2000 d'aides sociales et fiscales en forte croissance, dont le coût pour les finances publiques approchait en 2010 les 6 Md€ pour les seuls niches fiscales et sociales : 3,8 Md€ d'avantages fiscaux et 2,1 Md€ d'exonérations de cotisations sociales. Dans un contexte budgétaire particulièrement contraint, il est apparu nécessaire de cibler les avantages

accordés sur les publics qui en avaient le plus besoin et de mettre fin à une exonération qui procurait un avantage croissant en fonction du salaire versé.

S'il est impossible de déterminer si les contrats antérieurs à la loi de finances pour 2011 ont donné lieu à une renégociation entre les salariés et les employeurs au cours de l'année 2012, visant à permettre à ces derniers de passer à une assiette forfaitaire, la législation actuelle favorise logiquement, lors des nouvelles embauches, le choix de l'option pour l'assiette forfaitaire.

La situation qui prévaut depuis lors n'est cependant pas satisfaisante puisqu'elle permet toujours à l'employeur de choisir entre l'assiette réelle et l'assiette forfaitaire. Une telle alternative ne paraît pas justifiée au regard des principes qui régissent le financement de la sécurité sociale : il est en soi inopportun de laisser à un employeur la possibilité de choisir l'assiette du prélèvement qu'il acquitte. Même si la loi prévoit que ce choix doit recueillir l'accord du salarié, en pratique, la capacité du salarié à peser réellement sur la décision dépend de son pouvoir de négociation qui est très variable d'une situation à l'autre. Par ailleurs, on peut légitimement douter de la pleine capacité de tous les salariés concernés à appréhender complètement et de manière équilibrée les conséquences d'un arbitrage entre un éventuel gain immédiat de rémunération nette et une majoration des prestations sociales dont ils bénéficieront dans un futur plus ou moins éloigné.

Le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales dans son rapport de 2011 a jugé le dispositif « peu efficient » au regard de son bilan coût-avantage.

1.3. Le préjudice qu'occasionne aux salariés l'assiette forfaitaire justifie en soi une telle suppression.

Le choix par l'employeur d'une assiette forfaitaire égale au montant du salaire minimum de croissance multiplié par le nombre d'heures de travail effectuées est défavorable, par définition, à tout salarié payé au-dessus du Smic, ce qui est le cas général dans le secteur des services à la personne où les employeurs négocient une rémunération de l'ordre de 1,35 Smic en moyenne (pour les salariés déclarés au réel comme au forfait), qui compense en partie les effets du temps partiel qui est fréquent dans ce type d'emploi.

Si, à coût horaire équivalent pour l'employeur, le salaire net est en moyenne un peu plus élevé pour les salariés cotisant sur l'assiette forfaitaire, cet avantage doit être relativisé au regard des effets négatifs de ce dispositif sur les droits sociaux des salariés.

Pour les salariés, l'assiette forfaitaire est en effet associée à une diminution du montant de la retraite, des indemnités journalières versées en cas de maladie ou d'accident du travail ainsi que des allocations chômage en cas de perte d'emploi.

Ainsi, à long terme, si l'on s'attarde sur la seule assurance retraite (base et complémentaire), on constate que les pertes de revenu associées à l'assiette forfaitaire peuvent être importantes. Pour une femme de la génération 1960 ayant effectué toute sa carrière dans les services à la personne, ayant été « au forfait » 20 ans (sur 42) et ayant atteint la durée d'activité requise en 2022 pour liquider sa pension à taux plein, la perte mensuelle de revenu liée au mécanisme d'assiette forfaitaire va de 135 € (pour un salaire de 1,1 SMIC) à 459 € (pour un salaire de 2 SMIC).

Salaire de référence*	**Pension nette mensuelle en 2022 si déclaration au réel (€ 2012)**		**Pension nette mensuelle en 2022 si déclaration pendant 10 ans au forfait (€ 2012)**		**Perte nette mensuelle de pension en 2022 si déclaration au forfait (€ 2012)**
	base	***complémentaire***	***base***	***complémentaire***	
1 SMIC	698	311	698	311	0
1,1 SMIC	838	373	733	343	135
1,5 SMIC	1047	467	846	391	277
2 SMIC	1396	622	1088	471	459

Evaluation DSS sur le modèle OSIRIS, selon les hypothèses suivantes : âge début de carrière = 20 ans, âge fin = 62 ans ; taux de cotisation moyen ARRCO ; taux plein de CSG ; évolution du SMIC de 0,9 % par an d'ici 2022 ; carrière complète.

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

Mesure proposée :

La réforme consiste à supprimer l'assiette forfaitaire ouverte au bénéfice des particuliers employeurs. Ceux-ci cotiseront sur l'intégralité du salaire versé à leur salarié.

La mesure proposée n'aura qu'un effet limité sur les publics dits « fragiles » (personnes de plus de 70 ans, dépendantes, invalides, handicapées ou ayant un enfant handicapé, ainsi que les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie) qui bénéficient par ailleurs d'exonérations de cotisations sociales et d'aides fiscales spécifiques lorsqu'ils recourent à une aide à domicile, que ce soit en emploi direct ou par l'intermédiaire d'une entreprise ou d'une association agréée. Pour ces employeurs, seule la possibilité de cumuler le dispositif d'assiette forfaitaire avec les aides spécifiques dont ils bénéficient est supprimée.

Cette mesure ne remet pas en cause les incitations fiscales existantes au recours aux services à la personne (réduction d'impôt pour les inactifs et crédit d'impôt pour les actifs lors de l'emploi d'un salarié à domicile ; TVA à taux réduit pour les prestations de services à la personne).

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif poursuivi.

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

Cette mesure, qui a pour effet d'augmenter les recettes du régime général, prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes de l'ordre de 340 M€ pour la sécurité sociale (2° du B du V du même article).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à

la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

L'article 133-7 du code de la sécurité sociale prévoyant l'assiette forfaitaire 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, Mayotte)	Oui (sauf Mayotte)
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'Acoss a recensé en 2010, 190 millions d'heures de services à domicile déclarées au forfait (contre 380 millions d'heures déclarées au réel).

Sous l'hypothèse d'une rémunération réelle moyenne nette des salariés au forfait de 1,45 Smic (la rémunération réelle moyenne nette est légèrement plus élevée pour les salariés déclarés au forfait – avec d'importantes disparités), la suppression de l'assiette forfaitaire augmenterait les recettes du régime général, auquel sont affiliés les salariés des particuliers employeurs, des organismes de retraite complémentaire (IRCEM) et d'assurance chômage de l'ordre de 500 M€.

Il ne peut être exclu que le renchérissement du coût du travail induit par la prise en compte de la rémunération réelle conduise certains employeurs à réduire leur niveau de recours à des services à domicile.

Il est également possible que certains employeurs choisissent de recourir aux services d'une structure agréée (qui n'est pas concernée par la suppression de l'assiette forfaitaire puisqu'elle ne pouvait pas y recourir pour les salariés qu'elle place au domicile de particuliers) plutôt que d'opter pour l'emploi direct d'un salarié à domicile. Cette option ne devrait toutefois pas avoir de conséquences significatives sur les recettes sociales puisque les cotisations et contributions dues sur les rémunérations versées aux salariés à domicile employés dans ce cadre sont d'ores et déjà calculées sur la rémunération réelle.

Enfin, s'agissant de l'impact de cette mesure sur l'emploi non déclaré, ou partiellement non déclaré, les effets devraient être très limités car l'aide principale accordée à ce secteur d'activité demeure le crédit d'impôt de 50 % et ce dispositif est l'outil le plus puissant et le plus efficace pour décourager la non déclaration.

On peut estimer que la somme de ces effets ne viendra pas éroder de plus de 5 % le rendement de la mesure, ce qui conduirait à un rendement global de 475 M€ en 2013, se répartissant entre le régime général (340 M€) et les autres organismes sociaux (135 M€ pour la retraite complémentaire et l'assurance chômage).

A partir de 2014, l'augmentation du coût pour les employeurs viendra mécaniquement majorer le crédit d'impôt (ou la réduction d'impôt pour les employeurs inactifs) auquel ils ont droit, limité à 50 % des sommes restant à la charge des ménages. L'existence d'un plafond sur ce crédit d'impôt (qui dépend de la composition du foyer fiscal) rend difficile d'estimer précisément cet effet mais la perte de recettes pour l'Etat pourrait atteindre 200 M€.

La prise en compte de la rémunération réelle dans le calcul des droits aux prestations en espèces des salariés aura un impact à la hausse sur les prestations versées, mais cet impact difficilement quantifiable sera soit faible, puisqu'étant lié à la survenue d'un événement incertain (accident du travail, maladie, perte d'emploi), soit très différé dans le temps (retraite).

Enfin, la prestation d'accueil du jeune enfant ouvre droit à la prise en charge par la branche famille, au bénéfice des particuliers employeurs, de 50 % des cotisations sociales dans le cadre de la garde à domicile des enfants de moins de 6 ans (dans la limite de 425€ par mois pour un enfant de moins de 3 ans et de 213€/mois pour ceux de moins de 6 ans) que les cotisations soient calculées au réel ou au forfait. Ce mode de garde individuelle est très minoritaire (86 % des heures de garde d'enfants étaient assurées en 2010 par des assistantes maternelles, qui sont hors du champ des activités de services à domicile) et ne représentait en 2010 que 10 % des heures effectuées dans le cadre d'une activité de service à la personne. La suppression de l'assiette forfaitaire augmentera le niveau de la prise en charge des cotisations des employeurs d'une garde à domicile, mais cet effet sera marginal en raison du plafond de prise en charge et de l'effectif relativement peu élevé de personnes concernés.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Régime général (toutes branches confondues)		+340	+340	+340	+340
Autres ASSO		+135	+135	+135	+135
Etat			-200	-200	-200

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Le coût pour les employeurs varie en fonction du niveau de rémunération et du volume horaire prévu au contrat. Les cas-types suivants montrent que la hausse du coût horaire demeure mesurée, notamment grâce à l'effet du crédit d'impôt de 50 %.

Pour un employé de maison payé 10,5 € net de l'heure (soit 1,45 Smic), le montant des cotisations patronales et salariales passera de 6,60 € (assiette forfaitaire) à 8,68 € (calcul au réel) par heure, soit une augmentation du coût pour l'employeur de 1,04 € après prise en compte du crédit d'impôt.

Cette augmentation n'est plus que de 55 centimes par heure de travail pour un salarié rémunéré 9,40 € nets (soit 1,3 Smic). Pour un volume horaire de 13 heures par mois (cas d'un travail de ménage de 3 heures par semaines) le surcoût mensuel sera de 7,15 € après impôts.

b) impacts sociaux

Cette mesure ne devrait avoir qu'un faible impact sur le niveau d'emploi dans le secteur. D'une part les aides publiques (crédit d'impôt, exonération de TVA, exonération de cotisations pour les employeurs fragiles) demeurent très importantes (de l'ordre de 5,5 Md€) et contribueront à maintenir la demande de services à la personne à un niveau élevé. D'autre part l'amélioration des droits des salariés renforcera l'attractivité de ce secteur.

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

a) impact sur les personnes physiques

Les portails électroniques et les formulaires déclaratifs des URSSAF seront modifiés de façon à ne plus proposer l'option pour l'assiette forfaitaire. La formalité déclarative sera inchangée du point de vue de l'employeur.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée par les centres nationaux du CESU et de PAJEMPLOI, par les URSSAF, les CGSS et les caisses locales de la MSA.

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

Simple à mettre en œuvre, la mesure telle qu'elle est proposée nécessitera de modifier les sites internet du Cesu et de Pajemploi et les SI des organismes susmentionnés.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Entrée en vigueur pour les rémunérations versées à compter du 1er janvier 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information auprès des intéressés sera assurée par les centres nationaux et organismes intéressés.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 133-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article 133-7 modifié du code de la sécurité sociale**
Les cotisations et contributions sociales d'origine légale et les cotisations et contributions conventionnelles rendues obligatoires par la loi, dues au titre des rémunérations versées aux salariés mentionnés à l'article L. 772-1 du code du travail et aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime employées par des particuliers pour la mise en état et l'entretien de jardins, sont	~~Les cotisations et contributions sociales d'origine légale et les cotisations et contributions conventionnelles rendues obligatoires par la loi, dues au titre des rémunérations versées aux salariés mentionnés à l'article L. 772-1 du code du travail et aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime employées par des particuliers pour la mise en état et l'entretien de jardins, sont~~

calculées, d'un commun accord entre l'employeur et le salarié :	~~calculées, d'un commun accord entre l'employeur et le salarié :~~
1° Soit sur une assiette égale, par heure de travail, à une fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance applicable au premier jour du trimestre civil considéré ;	~~1° Soit sur une assiette égale, par heure de travail, à une fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance applicable au premier jour du trimestre civil considéré ;~~
2° Soit sur les rémunérations réellement versées au salarié.	~~2° Soit sur les rémunérations réellement versées au salarié.~~
En l'absence d'accord entre l'employeur et le salarié ou à défaut de choix mentionné par l'employeur, il est fait application du 2° ci-dessus.	~~En l'absence d'accord entre l'employeur et le salarié ou à défaut de choix mentionné par l'employeur, il est fait application du 2° ci-dessus.~~
	L'ensemble des cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées aux salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail et aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime sont recouvrées sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les salaires, respectivement, du régime général de sécurité sociale et du régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles.
Des conventions fixent les conditions dans lesquelles les institutions mentionnées au livre IX et à l'article L. 351-21 du code du travail délèguent le recouvrement desdites cotisations et contributions sociales aux organismes de recouvrement du régime général et, pour les salariés relevant du régime agricole, aux caisses de mutualité sociale agricole.	Des conventions fixent les conditions dans lesquelles les institutions mentionnées au livre IX ~~et à l'article L. 351-21 du code du travail~~ délèguent le recouvrement ~~desdites cotisations sociales~~ **des cotisations d'origine légale ou conventionnelle qui leur sont dues** aux organismes de recouvrement du régime général et, pour les salariés relevant du régime agricole, aux caisses de mutualité sociale agricole.
Le recouvrement par voie amiable et contentieuse de ces cotisations et contributions sociales est assuré pour le compte de l'ensemble des organismes intéressés :	~~Le recouvrement par voie amiable et contentieuse de ces cotisations et contributions sociales est assuré pour le compte de l'ensemble des organismes intéressés :~~
1° Pour les salariés relevant du régime général, par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires ;	~~1° Pour les salariés relevant du régime général, par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires ;~~
2° Pour les salariés relevant du régime agricole, par les caisses de mutualité sociale agricole, sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de ce régime assises sur les salaires.	~~2° Pour les salariés relevant du régime agricole, par les caisses de mutualité sociale agricole, sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de ce régime assises sur les salaires.~~

ARTICLE 16

CREATION D'UNE CONTRIBUTION ADDITIONNELLE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE SUR LES PENSIONS DE RETRAITE

I. Présentation de la mesure

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

1.1. La situation des revenus de remplacement en matière de financement de la protection sociale

La part du financement de la protection sociale, et notamment du régime général, qui est historiquement assuré par des cotisations de sécurité sociale patronales et salariales a diminué sensiblement depuis plusieurs années, notamment au bénéfice d'une plus forte participation des revenus du capital. Pour autant, le poids des cotisations sociales, particulièrement celles acquittées par les salariés, reste prépondérant dans la structure des recettes de la protection sociale.

En 2011, les recettes des régimes sociaux étaient constituées à plus de 80 % de prélèvements assis sur les revenus d'activité et de près de 5 % sur les revenus du capital (pour ces derniers, cette part était de 1 % en 1990). Les revenus de remplacement constituent quant à eux 5 % de l'assiette des prélèvements sociaux, mais, à la différence des revenus du patrimoine, leur part stagne, notamment depuis le début des années 2000.

Ces éléments ont participé à la convergence des niveaux de vie globaux de la population retraitée et de la population active qui est un des acquis de notre système de retraite. Ce système se caractérise néanmoins par le fait que la différence de taux de prélèvements entre les revenus du travail et les pensions reste ténue dans le bas de l'échelle des revenus, mais qu'elle devient significative au milieu et en haut de cette échelle. La Cour des comptes a pu ainsi considérer que cette situation n'était pas «*sans poser une question d'équité par rapport au reste de la population* ».

1.2. Les contributions qui financent la CNSA ne portent à l'heure actuelle que sur les revenus salariaux et les revenus du capital

En contrepartie de la mise en place d'une « journée nationale de solidarité », journée travaillée non payée, la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004[20] relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, a institué une contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), au taux de 0,3 % assise sur les revenus salariaux du secteur privé et du secteur public. Elle a été complétée par une contribution portant sur les revenus du patrimoine et les produits de placement au même taux. Ces prélèvements représentent une ressource, affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. En 2011, ces contributions représentaient 2,3 Md€ soit 12 % du budget total de la CNSA.

La contribution assise sur les revenus salariaux a fait l'objet récemment d'une question prioritaire de constitutionnalité. Le conseil constitutionnel a validé ainsi le dispositif prévu à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Le juge constitutionnel a notamment considéré que la contribution de solidarité était destinée à produire, pour les employeurs, un effet équivalent à la suppression d'un jour férié chômé, pour ce qui concerne les salariés et qu'il était loisible au législateur de faire spécialement appel à l'effort des salariés du secteur privé et du secteur public bénéficiant d'un régime de rémunération assorti d'une limitation de la durée légale du temps de travail. Dans ce cadre, la contribution acquittée par l'employeur étant "remboursée" par le gain associé à la journée de travail non rémunérée des salariés, ce sont bien ces derniers qui contribuent au financement de la CNSA.

[20] Complétée par la loi n°2008-351 du 16 avril 2008.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de créer une contribution additionnelle de solidarité au taux de 0,3 % sur les pensions de retraite et d'invalidité, ainsi que les préretraites. Afin de limiter les effets de cette contribution, son taux ne sera que de 0,15 % en 2013.

Cette contribution ne sera pas prélevée sur les rentes perçues par les invalides de guerre et anciens combattants. Elle ne sera pas due non plus pour les personnes bénéficiant du « minimum vieillesse ».

En outre, pour les retraites les plus réduites, s'appliquera le dispositif exonératoire suivant, qui permettra de préserver le niveau de revenu disponible :

- Exonération pour les personnes dont le revenu fiscal de référence est inférieur au seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation, selon les montants indiqués ci-après :

Revenu fiscal pour une part de quotient familial (2013)
France métropolitaine
10 024 € + 2 676 € pour ½ part ou + 1 338 € pour ¼ de part supplémentaire
Martinique, Guadeloupe, Réunion
11 861 € + 2 676 € pour ½ part ou + 1 338 € pour ¼ de part supplémentaire
Guyane
12 402 € + 2 676 € pour ½ part ou + 1 338 € pour ¼ de part supplémentaire

Le produit de cette contribution sera affecté à la CNSA. Néanmoins en 2013 et dans l'attente de la réforme de la dépendance annoncée par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale, les ressources liées à cette contribution seront affectés à titre exceptionnel au fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Autres options possibles :

D'autres mesures d'élargissement de l'assiette des prélèvements finançant la protection sociale ou la dépendance pouvaient être envisagées. C'est le choix d'une contribution spécifique, dont le taux sera, à terme, identique à celui de la contribution acquittée sur les revenus salariaux qui parait néanmoins garantir la meilleure lisibilité de l'effort partagé demandé.

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

La mesure se traduit par une hausse des ressources du fonds de solidarité vieillesse, fonds concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, en 2013. Une telle disposition peut trouver sa place dans la troisième partie de la LFSS en application du 1° du B du V de l'article 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la compétence des états membres.

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

La mesure est conforme au droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions utiles seront introduites au sein des articles L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le montant agrégé des pensions de retraites entrant dans le champ de la mesure proposée (hors retraites bénéficiant d'une exonération) s'élève à 23,3 Md€. L'application d'un taux de 0,15 % procure un rendement de 350 M€ en 2013, et l'application d'un taux de 0,3 % de 700 M€ en 2014.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 R*	*2014 P*	*2015*	*2016*
CNSA *FSV*		 ***350***	***700***	***700***	***700***

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Eu égard au taux relativement faible de la CSA et des règles d'exonération qui seront appliquées, le prélèvement supplémentaire qui sera opéré sera limité, comme le démontrent les exemples ci-après :

- Retraité percevant une pension de 800 € et ayant une part fiscale : le revenu fiscal de référence s'élève à 8 277 €. Il est inférieur au seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation (10 024 €). Aucune contribution n'est due.

- Retraité percevant une pension de 1 200 € et ayant à sa charge une personne sans revenus (soit 2 parts fiscales). Le revenu annuel de 12 415 € est inférieur au seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation (15 376 € pour deux parts). Aucune contribution n'est due.

- Retraité percevant une retraite de 1 000 €, avec une part fiscale et résidant en Guyane : aucune contribution n'est due (le revenu fiscal de référence est de 10 346 € et le seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation de 12 402 € dans cette région ultramarine n'est pas atteint).

- Retraité tirant ses revenus d'une pension de 800 € et d'un revenu d'activité de 1 100 € : un prélèvement de 24 € par mois sera opéré sur la retraite.

- Retraité tirant ses revenus d'une retraite de 1 300 € et de revenus du patrimoine, à hauteur de 700 €. La CSA est actuellement acquitté sur les revenus du patrimoine (soit 21 €). La mesure se traduira par un prélèvement supplémentaire de 39 € sur la retraite.

b) impacts sociaux

La mesure permettra de financer en 2013 les dépenses de solidarité vieillesse qui permettent aux chômeurs de valider des périodes pour leurs retraites et de prendre en charge des avantages liés aux minimums contributifs et non contributifs en matière de retraite.

A partir de 2014, la mesure permettra de financer des dépenses à destination des personnes âgées privées d'autonomie.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La contribution sera recouvrée dans le cadre des mécanismes de précompte existant, ce qui ne soulèvera pas de difficulté particulière. Le taux précompté sera de 0,15 % en 2013 et 0,30 % en 2014.

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

Une adaptation des chaines informatiques de liquidation des pensions sera nécessaire.

d) impact budgétaire

La création de cette contribution relève des adaptations annuelles affectant la législation ou les paramètres de calcul des retraites. Elle sera gérée dans les enveloppes prévues par les conventions d'objectif et de gestion entre les organismes et l'Etat.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Un taux minoré sera mis en place pour 2013.

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

La mesure sera rendue applicable à compter du 1er janvier 2013 par la mise en place d'un mécanisme de précompte sur les pensions et les allocations concernées.

4. **Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Une information sera diffusée par les caisses de sécurité sociale (site internet notamment).

5. **Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 14-10-4 actuel **du code de l'action sociale et des familles**	**Article L. 14-10-4 modifié** **du code de l'action sociale et des familles**
Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par : 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 ;	Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par : 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 ; ***1° bis* Une contribution au taux de 0,3 % due sur les pensions de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite 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 les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.** **Sont exonérées de la contribution mentionnée au précédent alinéa, les pensions mentionnées au *a* du 4°, au 12° et au 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.
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 que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;	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 que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
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.	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.
Article L. 14-10-5 actuel **du code de l'action sociale et des familles**	**Article L. 14-10-5 modifié** **du code de l'action sociale et des familles**
La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :	La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en **sept** sections distinctes selon les modalités suivantes :
I. - Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, qui est divisée en deux sous-sections.	[…]
1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 1° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes	

handicapées. Elle retrace : 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 ; 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 une contribution, par voie de fonds de concours créé par l'Etat en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 114-1-1. 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. Elle retrace : a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ; b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services. Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice. II. - Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace : a) En ressources, 20 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ; b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6. III. - Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace : a) En ressources, une fraction au moins égale à	

26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ; b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7. Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale. Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. IV. - Une section consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées. Elle retrace : a) En ressources, une fraction du produit visé au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ; b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1. Les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'Etat, qui recueille le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. V. - Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de	

prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse : a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ; b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III.	*V **bis***. **- Une section consacrée à la mise en réserve du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4. Les ressources de cette section sont destinées au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie.**
VI. - Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.	VI. - Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux **1°, 2° et 3°** de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes**, à l'exception de la section V *bis*,** au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.
Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.	[…]

ARTICLE 17
ELARGISSEMENT DE LA COUVERTURE SOCIALE DES ELUS LOCAUX

I. Présentation de la mesure

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

Le régime social des indemnités perçues par les élus locaux dans le cadre de leur fonction fait apparaître une affiliation qui conduit à un assujettissement aux cotisations sociales limité et variable d'un élu à l'autre selon sa situation.

Aujourd'hui, seules les indemnités versées aux maires et adjoints aux maires des villes de plus de 20 000 habitants ayant délégation de signature (soit environ 5 500 adjoints sur les 160 000 adjoints municipaux), aux présidents et vice-présidents ayant délégation de signature des conseils généraux, régionaux et des EPCI (soit environ 500 conseillers sur les 6 000 conseillers généraux et régionaux), sous réserve que ces élus n'exercent pas une activité professionnelle, sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale correspondant aux risques maladie et vieillesse (plafonnée et déplafonnée). Dès lors, en cas de cumul d'un mandat entrant dans le champ d'application de la loi n° 92-108 du 3 février 1992 et d'un mandat exclu de ce dispositif, seules les indemnités versées au titre du premier mandat sont soumises à cotisations sociales, les indemnités relevant du second mandat ne sont soumises qu'aux contributions de sécurité sociale (CSG et CRDS).

Cette affiliation « à la carte » est contraire aux principes généraux de la sécurité sociale. Les règles de solidarité qui fondent la sécurité sociale française conduisent à ce que l'ensemble des rémunérations, quelle qu'en soit la forme et quelle que soit la nature des fonctions exercées – notamment en termes d'indépendance – donnent lieu à un paiement de cotisations. Elles conduisent en outre à ce qu'un assuré ne puisse cotiser à la sécurité sociale que pour la couverture des risques qui donnent lieu à contrepartie pour sa personne.

En outre, ce régime pose des questions en termes de différence potentielle de traitement entre élus locaux : un élu exonéré de cotisations par la loi mais n'exerçant pas d'activité professionnelle en complément de son mandat bénéficiera par exemple des prestations servies pour la couverture des risques non contributifs, mais n'acquerra aucun droit à la retraite.

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

Mesure proposée :

Le présent article vient préciser l'affiliation de tous les élus locaux au régime général pour l'ensemble des risques et l'assujettissement de leurs indemnités de fonction, hors indemnités représentatives de frais, aux cotisations de sécurité sociale de droit commun.

Toutefois, afin de cibler cette mesure sur les élus les mieux indemnisés et de ne pas pénaliser ceux qui ont une faible indemnité de fonction au titre de leur mandat, l'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale ne sera pas applicable à un seuil correspondant à une fraction du plafond annuel de la sécurité sociale, qui sera fixé ultérieurement par décret. Ce seuil sera fixé à la moitié du plafond de la sécurité sociale (soit 1 516 €/mois en 2012) afin d'exclure de l'assujettissement tous les maires des villes de moins de 1000 habitants, dont l'indemnité moyenne est de 900 € par mois environ (soit environ 27 000 maires exclus sur un peu moins de 36 700) et tous les adjoints aux maires des villes de moins de 50 000 habitants, dont l'indemnité moyenne est de 700 € par mois environ (soit la quasi-totalité des adjoints aux maires, puisque seuls 700 sur 160 000 adjoints aux maires seront concernés par l'assujettissement). En revanche, compte tenu du niveau de leur indemnité, la mesure visera l'ensemble des conseillers généraux et régionaux.

Le tableau suivant indique les échelons concernés et le plafond des indemnités prévues par les textes.

Elus concernés	Effectif	Montant de l'indemnité de fonction (maximum pouvant être voté par l'exécutif local)
Maires des communes de plus de 1 000 hab.	9 487	1 635 € à 5 512 €
Adjoints des communes sup. à 50 000 hab.	1 978	1 673 € à 2 756 €
Présidents des conseils généraux	100	5 512 €
Vice-présidents des conseils généraux	1 076	2 128 €
Conseillers généraux des départements de plus de 250 000 hab.	809	1 521 à 2 661 €
Présidents des conseils régionaux	26	5 512 €
Vice-présidents des conseils régionaux	333	2 128 €
Conseillers régionaux des régions de plus de un million d'habitants	796	1 521 à 2 661 €
Présidents des communautés urbaines et des communautés d'agglomération	217	3 421 € à 5 512 €
d'agglomération de plus de 50 000 hab.	412	1 672 € à 2 756 €
Présidents de communautés de communes de plus de 3500 hab.	1 977	1 568 € à 4 134 €
Vice -présidents des communautés de commune de plus de 100 000 hab.	6	1 882 € à 2 067 €

Source : DGCL Chiffres clés des collectivités locales 2012 et circulaire n° IOCB1019257C du 19 juillet 2010 relative aux montants maximaux des indemnités brutes mensuelles des titulaires de mandats locaux applicables à compter du 1er juillet 2010.

Lecture : 6 vice-présidents des communautés de commune de plus de 100 000 habitants sont susceptibles d'être concernés par la mesure : s'ils n'ont pas conservé d'activité salariée leur permettant d'être affilié à ce titre (et qu'aucune cotisation n'est acquittée sur le montant de leur indemnité d'élu), ils devront acquitter un prélèvement salarial de 7,5% sur celle-ci.

Autres options possibles :

L'assujettissement des indemnités versées à l'ensemble des élus aurait permis une application uniforme du droit ; il aurait néanmoins comporté un effet dissuasif de nature à limiter l'attractivité du statut de l'élu local notamment dans le cas des plus petites communes.

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

Les mesures proposées modifient les articles prévoyant les règles d'affiliation et d'assujettissement au régime général des salariés et aux régimes de non salariés. Elles ont un impact permanent sur les recettes de l'année et des années ultérieures des régimes concernés. Elles prennent place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite de modifier le code de la sécurité sociale et le code général des collectivités territoriales (CGCT). S'agissant des établissements publics de coopération intercommunale, les dispositions du CGCT renvoyant de façon expresse à celles applicables aux communes, il n'est dès lors pas besoin de les modifier.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L.381-32 du code de la sécurité sociale, les articles L.2123-26, L. 3123-21 et L.4135-21 du CGCT et l'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier doivent être abrogés.

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

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

IV. Evaluation des impacts

4. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014*	*2015*	*2016*
Tous régimes		+ 140	+ 140	+ 140	+ 140

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

Concernant les élus locaux, le chiffrage prend pour hypothèse que 80 % des élus ont maintenu une activité professionnelle, et donc que 20 % des élus ont cessé toute activité professionnelle et sont affiliés au régime général au titre de leur mandat pour les seuls risques maladie et vieillesse.

Le rendement de 140 M€ annuel correspond donc à l'assujettissement à l'ensemble des cotisations de sécurité sociale des indemnités supérieures à la moitié du plafond de la sécurité sociale perçues par tous les élus. Pour calculer l'affiliation au régime général pour tous les risques un taux global de 37,30 % a été retenu, soit 29,80 % en part patronale et 7,5 % en part salariale (13,55 % maladie, 5,4 % en allocations familiales 16,65 % en vieillesse et 1,7 % en accident du travail-maladies professionnelles par assimilation avec le taux AT-MP retenu pour les non-titulaires des collectivités locales en 2012). Pour calculer l'extension pour les risques famille et AT-MP à ceux qui sont déjà rattachés au régime général pour les autres risques, un taux global de 7,1 % est utilisé (5,4 % en AF et 1,7 % en AT-MP).

5. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Le coût qui résultera de la mesure, évalué à 140 M€ (et qui est à mettre au regard d'une « masse salariale » d'environ 1,5 Md€ pour l'ensemble des élus locaux) sera réparti entre les élus (« part salariale »), à hauteur de 1/5ème, et les collectivités territoriales (« part patronale »), à hauteur de 4/5ème. Sa décomposition entre échelons peut être estimée ainsi :

Collectivité	Coût en année pleine M€	Cotisations patronales (29,8 points)	Cotisations salariales (7,5 points)
Communes de moins de 1 000 habitants	**0**	0	0
Communes de 1 000 à 2 000 habitants	**3,7**	2,9	0,7
Communes de 2 000 à 3 500 habitants	**5,2**	4,1	1,0
Communes de 3 500 à 5 000 habitants	**4,3**	3,4	0,9
Communes de 5 000 à 10 000 habitants	**10,0**	8,0	2,0
Communes de 10 000 à 20 000 habitants	**11,3**	9,0	2,3
Communes de 20 000 à 50 000 habitants	**17,4**	13,9	3,5
Communes de 50 000 à 80 000 habitants	**7,7**	6,2	1,5
Communes de 80 000 à 100 000 habitants	**2,7**	2,2	0,5
Communes de plus de 100 000 habitants	**15,4**	12,3	3,1
Etablissements publics communaux	**10,6**	8,5	2,1
Communautés urbaines	**3,3**	2,6	0,7
Communautés d'agglomération	**4,8**	3,8	1,0
Communautés de communes	**5,2**	4,2	1,1
Syndicat d'agglomération nouvelle	**0,2**	0,1	0,0
SIVOM	**0,8**	0,6	0,2
SIVU	**2,1**	1,6	0,4
Syndicats mixtes	**2,4**	1,9	0,5
Départements	**24,1**	19,3	4,8
Etablissements publics départementaux	**5,5**	4,4	1,1
Régions	**6,6**	5,3	1,3
Autres	**0,5**	0,4	0,1
TOTAL	**140**	111,8	28,2

Ce coût sera partiellement compensé, pour les finances locales, par la moindre dépense associée au transfert à la sécurité sociale des dépenses aujourd'hui prises en charge par les collectivités en cas d'arrêt de travail (cf. ci-dessous). L'économie correspondante pour les collectivités est évaluée à 20 M€.

S'agissant des prélèvements salariaux :

Les élus locaux dont l'indemnité ou, le cas échéant, le cumul des indemnités, est inférieur à la moitié du plafond de la sécurité sociale, n'acquitteront pas de cotisations.

Exemple 1 : cas du maire d'une commune de moins de 1000 habitants vice-président d'un EPCI de 3500 habitants.

L'indemnité de maire est égale à 1178 € bruts (soit 1 084 € net, après prélèvement de la CSG-CRDS) et celle de vice-président de l'EPCI s'élève à 329 € brut (soit 303 € nets). Le montant des indemnités, de 1 387 €, est inchangé.

Pour les autres, les impacts seront limités :

Les élus locaux déjà affiliés au titre du régime existant à ce jour ne supporteront pas de cotisations supplémentaires. Ils acquittent déjà les cotisations maladie et vieillesse ;

Exemple 2 : cas du président d'une communauté d'agglomération qui n'est titulaire d'aucun autre mandat et n'exerce pas d'activité professionnelle parallèlement à son mandat.

L'indemnité mensuelle brute est de 3 421 €, soit 2 891 € après application des cotisations salariales et de la CSG-CRDS. Ces montants seront inchangés.

Ceux non affiliés jusqu'à présent seront redevables des cotisations maladie et vieillesse au taux de 7,5 %.

Exemple 3 : cas d'un député maire d'une commune de 5 000 habitants.

L'indemnité de maire s'élève à 2091 € brut. Le prélèvement supplémentaire associé à la mesure sera de 157 € par mois sur cette dernière indemnité (la mesure est sans impact sur l'indemnité de parlementaire de 7 100 € bruts correspondant à 5 189 € nets).

Exemple 4 : cas d'un vice-président de conseil général (ayant délégation de signature), maire d'une commune de 1 000 habitants

L'indemnité de vice-président du conseil général s'élève à 2 128 € brut (soit 1 798 € de revenu net disponible, après application des cotisations salariales et de la CSG-CRDS) et celle de maire est de 1 178 € brut, soit 1 084 € après prélèvement de la CSG-CRDS. Sur cette dernière, un prélèvement de 88 € par mois sera appliqué, au titre des cotisations salariales.

S'agissant des prélèvements patronaux :

L'employeur, au sens du droit social (donc la collectivité ou l'EPCI), devra acquitter les cotisations patronales qui ne sont actuellement pas versées dans le cas où l'élu exerce aujourd'hui une activité professionnelle parallèle à son mandat (et n'est donc pas affilié au titre de celui-ci) ou dans le cas où il cumule deux mandats et ne cotise que sur l'un d'eux. Dès lors que le montant total des indemnités dépasse 18 186 € (1/2 PASS en 2012), les cotisations patronales seront prélevées sur l'ensemble des indemnités perçues.

Exemple 5 : cas du maire d'une commune de 3 000 habitants ayant maintenu une activité de professionnel libéral.

Le montant de l'indemnité de maire est de 1 634 € brut. A l'issue de la mesure, les cotisations patronales s'élèveront à 487€.

Dans le cas où l'élu est déjà affilié au régime général au titre de son mandat, les collectivités acquitteront la cotisation d'allocation familiale et celle due au titre des accidents du travail.

Exemple 6 : cas du maire d'une ville de 10 000 habitants sans autre mandat et sans activité professionnelle parallèle.

L'indemnité brute mensuelle est de 2 470 €. Le coût supplémentaire pour l'employeur sera de 133 € d'allocation familiale et de 42 € au titre des ATMP.

b) impacts sociaux

La mesure permettra de faire bénéficier l'ensemble des élus locaux d'une protection sociale : les élus s'ouvriront des droits à retraite sur les indemnités qu'ils perçoivent (ce qui n'est pas le cas pour la plupart des élus aujourd'hui) et bénéficieront d'une protection au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

S'agissant de l'affiliation à l'assurance vieillesse :

La mesure proposée est sans impact sur la retraite complémentaire et permettra par ailleurs d'ouvrir à l'ensemble des élus affiliés au titre de leurs indemnités de mandat la possibilité d'adhérer volontairement à la retraite par rente.

S'agissant de la retraite de base, l'affiliation de tous les élus permettra, pour ceux dont les indemnités ou le cumul des indemnités est supérieur à ½ PASS, de bénéficier d'un report au compte et de valider systématiquement quatre trimestres d'assurance vieillesse par année, utiles pour le calcul de la durée d'assurance. Ce dispositif sera particulièrement intéressant dans trois cas de figure, qui recouvrent la grande majorité des situations :

- Lorsque l'élu exerce une activité professionnelle à temps partiel, parallèlement au mandat, mais à une quotité inférieure à ce qui est nécessaire pour valider 4 trimestres de retraite par an (par exemple, au régime général, il faut cotiser sur une base d'au moins 800 fois le montant du SMIC horaire pour valider 4 trimestres), il sera certain de valider 4 trimestres par an ;
- Lorsque l'élu est déjà affilié au régime général pour son activité professionnelle, mais cotise en dessous du PASS, les cotisations versées au titre de l'affiliation comme élu viendront améliorer son report au compte, et partant le SAM (salaire annuel moyen) servant au calcul de la pension de base du régime général ;
- Lorsque l'élu est déjà affilié à un autre régime, les cotisations versées au titre de l'affiliation lui permettront de s'ouvrir des droits à pension au régime général.

S'agissant de l'affiliation à l'assurance maladie :

Les élus qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie au titre de leur mandat le sont au titre d'une activité professionnelle annexe, ou en tant qu'ayant-droit d'un assuré, ou, à défaut, dans le cadre de la Couverture maladie universelle. Ils le seront désormais en propre, au titre de leur mandat ce qui apparaît nettement plus adapté que par un dispositif subsidiaire.

La mesure proposée permettra le versement d'indemnités journalières (IJ) par la sécurité sociale au titre de l'activité d'élu dans des cas où de telles indemnités ne sont actuellement pas versées (si l'élu n'est pas affilié).

S'agissant des élus qui perçoivent des IJ au titre de leur activité annexe, le complément de rémunération versé par les collectivités locales afin que le revenu de remplacement soit au moins égal à l'indemnité de fonction, sera par conséquent réduit.

En outre, dans les cas où l'indemnité de fonction est maintenue dans sa totalité (du fait que l'élu ne perçoit aucune IJ), le coût du maintien de l'indemnité sera diminué pour la collectivité si celle-ci prend en compte les IJ versées par la sécurité sociale. Il en résultera une économie estimée à 13 M€ pour l'ensemble des collectivités.

S'agissant de l'affiliation à l'assurance accident du travail – maladies professionnelles :

Actuellement, en cas d'accident du travail survenu dans l'exercice de la fonction d'élu, les collectivités locales acquittent des sommes directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, afin de rembourser, sur leur budget de fonctionnement, le montant des prestations afférentes à cet accident. Le montant des remboursements est calculé selon les tarifs appliqués en matière d'assurance maladie.

La mesure proposée transfèrera la charge de ces remboursements des finances locales à la sécurité sociale. Il en résultera une économie pour les collectivités, qui est estimée à 7 M€.

Les élus bénéficieront de droits en propre, selon les règles applicables à tous les salariés, notamment en ce qui concerne la prise en charge des accidents survenus à l'occasion des déplacements domicile-travail[21].

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Impact sur les collectivités territoriales

Les communes de petite taille (communes de moins de 1000 habitants) ne seront pas impactées (les indemnités versées aux élus sont inférieures au seuil d'assujettissement).

Pour les collectivités territoriales concernées, les formalités déclaratives liées à la mise en place de la mesure devraient être relativement simples et ce, d'autant plus qu'il s'agira exactement des mêmes formalités que celles que les collectivités locales remplissent déjà pour les agents non titulaires qu'elles emploient et qui sont également affiliés au régime général de la sécurité sociale.

Impact sur les caisses de sécurité sociale en tant que gestionnaires du régime général

Les effets de la mesure seront gérés par les CPAM (affiliation) et les URSSAF (recouvrement des cotisations).

[21] L'observatoire de la décentralisation notait à ce sujet, en 2007, que « *la prise en charge des accidents survenus dans l'exercice des fonctions est restrictive pour les conseillers municipaux car elle ne concerne que les accidents survenus à l'occasion des séances du conseil ou de commission dont ils sont membres ou de l'exécution d'un mandat spécial et ne prend pas en compte l'ensemble des activités liées à la fonction d'élu (cérémonies, déplacements, réunions avec les citoyens...), et elle ne permet pas aux élus de se voir reconnaître la situation d'accident du travail du droit commun du travail qui assure un droit aux arrêts de travail et à la perception d'indemnités journalières* ». Voir Jean PUECH, *Une démocratie locale émancipée : des élus disponibles, légitimes et respectés*, rapport d'information, 2007. En ligne : http://www.senat.fr/rap/r07-074/r07-074.html

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

Concernant les élus locaux, les CPAM et les URSSAF seront nécessairement davantage sollicitées mais cet impact devrait pouvoir être absorbé sans difficulté.

Ces régimes devront également assurer l'information des cotisants.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

Un décret simple fixera le taux de la cotisation accidents du travail et maladie professionnelles. Il sera publié au tout début de l'année 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une circulaire sera adressée aux préfets concernant les élus locaux.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Les données chiffrées relatives à l'application de cette mesure seront établies par le régime général et l'ACOSS, ainsi que par les régimes de non salariés concernés.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 381-32 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 381-32 modifié du code de la sécurité sociale**
Les titulaires de mandats locaux sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies aux articles L. 2123-25, L. 2123-26, L. 2123-29, L. 2511-33, L. 3123-20, L. 3123-21, L. 3123-24, L. 4135-20, L. 4135-21, L. 4135-24 et L. 5211-14 du code général des collectivités territoriales.	~~Les titulaires de mandats locaux sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies aux articles L. 2123-25, L. 2123-26, L. 2123-29, L. 2511-33, L. 3123-20, L. 3123-21, L. 3123-24, L. 4135-20, L. 4135-21, L. 4135-24 et L. 5211-14 du code général des collectivités territoriales.~~

	Article L. 382-31 nouveau **du code de la sécurité sociale**
	Les élus des collectivités territoriales mentionnées à l'article 72 de la Constitution dans lesquelles s'applique le régime général, ainsi que les délégués de ces collectivités territoriales membres d'un établissement public de coopération intercommunale, sont affiliés au régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques. Leurs indemnités de fonction sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale lorsque leur montant total est supérieur à une fraction fixée par décret de la valeur du plafond défini à l'article L. 241-3.
Article L. 412-8 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 412-8 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Outre les personnes mentionnées à l'article L. 412-2, bénéficient également des dispositions du présent livre, sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'Etat : (…) 15°) Les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national. Les dispositions de l'article L. 434-1 du présent code ne sont pas applicables aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2°. Un décret précise, en tant que de besoin, les catégories d'élèves, d'étudiants et de stages ainsi que la nature des établissements mentionnés aux a. et b. du 2° ci-dessus. En ce qui concerne les personnes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du présent article et non assujetties aux assurances sociales en vertu du livre III ainsi que les personnes mentionnées au 13° et les personnes mentionnées au 15°, le décret en Conseil d'Etat et, pour les personnes mentionnées aux 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10°, 11°, 12° et 15° des décrets prévus par ceux-ci, déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur. Pour les personnes qui ne sont pas rémunérées ou ne reçoivent pas une rémunération normale, ils fixent les bases des cotisations et celles des indemnités.	Outre les personnes mentionnées à l'article L. 412-2, bénéficient également des dispositions du présent livre, sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'Etat : (…) 15°) Les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national. **16°) Les titulaires de mandats locaux.** Les dispositions de l'article L. 434-1 du présent code ne sont pas applicables aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2°. Un décret précise, en tant que de besoin, les catégories d'élèves, d'étudiants et de stages ainsi que la nature des établissements mentionnés aux a. et b. du 2° ci-dessus. En ce qui concerne les personnes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du présent article et non assujetties aux assurances sociales en vertu du livre III ainsi que les personnes mentionnées au 13° et les personnes mentionnées au 15°, le décret en Conseil d'Etat et, pour les personnes mentionnées aux 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10°, 11°, 12° ~~et 15°~~ **, 15° et 16°** des décrets prévus par ceux-ci, déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur. Pour les personnes qui ne sont pas rémunérées ou ne reçoivent pas une rémunération normale, ils fixent les bases des cotisations et celles des indemnités.
Article L. 2123-25-2 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 2123-25-2 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Lorsque les maires et, dans les communes de 20 000 habitants au moins, les adjoints ont cessé d'exercer toute activité professionnelle pour l'exercice de leur mandat et ne relèvent plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale,	~~Lorsque les maires et, dans les communes de 20 000 habitants au moins, les adjoints ont cessé d'exercer toute activité professionnelle pour l'exercice de leur mandat et ne relèvent plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale,~~

ils sont affiliés au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès. Les cotisations des communes et celles de l'élu sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ce dernier en application des dispositions du présent code. Un décret fixe les conditions d'application du présent article.	~~ils sont affiliés au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.~~ **Les élus municipaux sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale.** Les cotisations des communes et celles de l'élu sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ce dernier en application des dispositions du présent code. Un décret fixe les conditions d'application du présent article.
Article L. 2123-26 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 2123-26 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Les élus visés à l'article L. 2123-25-2 qui, pour la durée de leur mandat, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle et n'acquièrent aucun droit à pension au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse sont affiliés à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.	~~Les élus visés à l'article L. 2123-25-2 qui, pour la durée de leur mandat, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle et n'acquièrent aucun droit à pension au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse sont affiliés à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.~~
Article L. 2123-27 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 2123-27 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Les élus qui perçoivent une indemnité de fonction en application des dispositions du présent code ou de toute autre disposition régissant l'indemnisation de leurs fonctions, autres que ceux qui, en application des dispositions de l'article L. 2123-25-2, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle, peuvent constituer une retraite par rente à la gestion de laquelle doivent participer les élus affiliés. La constitution de cette rente incombe pour moitié à l'élu et pour moitié à la commune. Un décret en Conseil d'Etat fixe le plafond des taux de cotisation.	Les élus qui perçoivent une indemnité de fonction en application des dispositions du présent code ou de toute autre disposition régissant l'indemnisation de leurs fonctions~~, autres que ceux qui, en application des dispositions de l'article L. 2123-25-2, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle,~~ peuvent constituer une retraite par rente à la gestion de laquelle doivent participer les élus affiliés. La constitution de cette rente incombe pour moitié à l'élu et pour moitié à la commune. Un décret en Conseil d'Etat fixe le plafond des taux de cotisation.
Article L. 2123-29 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 2123-29 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Les cotisations des communes et celles de leurs élus résultant de l'application des articles L.2123-26 à L.2123-28 calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ces derniers en application des dispositions du présent code ou de toute autre disposition régissant l'indemnisation de leurs fonctions. Les cotisations des élus ont un caractère personnel et obligatoire.	Les cotisations des communes et celles de leurs élus résultant de l'application des articles ~~L.2123-26~~ **L. 2123-27** à L.2123-28 calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ces derniers en application des dispositions du présent code ou de toute autre disposition régissant l'indemnisation de leurs fonctions. Les cotisations des élus ont un caractère personnel et obligatoire.

Article L. 2321-2 actuel du code général des collectivités territoriales	Article L. 2321-2 modifié du code général des collectivités territoriales
Les dépenses obligatoires comprennent notamment : 1° L'entretien de l'hôtel de ville ou, si la commune n'en possède pas, la location d'une maison ou d'une salle pour en tenir lieu ; 2° Les frais de bureau et d'impression pour le service de la commune et les frais de conservation des archives communales et du recueil des actes administratifs du département ; 3° Les indemnités de fonction prévues à l'article L. 2123-20, les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 2123-25-2, les cotisations aux régimes de retraites en application des articles L. 2123-26 à L. 2123-28, les cotisations au fonds institué par l'article L. 1621-2 ainsi que les frais de formation des élus mentionnés à l'article L. 2123-14 ; (…)	Les dépenses obligatoires comprennent notamment : 1° L'entretien de l'hôtel de ville ou, si la commune n'en possède pas, la location d'une maison ou d'une salle pour en tenir lieu ; 2° Les frais de bureau et d'impression pour le service de la commune et les frais de conservation des archives communales et du recueil des actes administratifs du département ; 3° Les indemnités de fonction prévues à l'article L. 2123-20, les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 2123-25-2, les cotisations aux régimes de retraites en application des articles ~~L. 2123-26~~ **L. 2123-27** à L. 2123-28, les cotisations au fonds institué par l'article L. 1621-2 ainsi que les frais de formation des élus mentionnés à l'article L. 2123-14 ; (…)
Article L. 2573-8 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 2573-8 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
I.-Les articles L. 2123-25 à L. 2123-26, L. 2123-28 et L. 2123-29 sont applicables aux communes de la Polynésie française sous réserve des adaptations prévues aux II, III et IV. II.-Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2123-25-2, les mots : " au régime général de la sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " à un régime de sécurité sociale établi en Polynésie française ". III.-Pour l'application de l'article L. 2123-26, les mots : " à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " à un régime d'assurance vieillesse établi en Polynésie française ". IV.-Pour l'application de l'article L. 2123-29, les mots : " des articles L. 2123-26 à L. 2123-28 " sont remplacés par les mots : " de l'article L. 2123-28 ".	I.-Les articles L. 2123-25 ~~à L. 2123-26~~, L. 2123-28 et L. 2123-29 sont applicables aux communes de la Polynésie française sous réserve des adaptations prévues aux II, III et IV. II.-Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2123-25-2, les mots : " au régime général de la sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " à un régime de sécurité sociale établi en Polynésie française ". ~~III. Pour l'application de l'article L. 2123-26, les mots : " à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " à un régime d'assurance vieillesse établi en Polynésie française~~ ". IV.-Pour l'application de l'article L. 2123-29, les mots : " des articles ~~L. 2123-26~~ **L. 2123-27**-à L. 2123-28 " sont remplacés par les mots : " de l'article L. 2123-28 ".
Article L. 3123-20-2 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 3123-20-2 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Lorsque le président du conseil général ou tout vice-président ayant reçu délégation de celui-ci a cessé d'exercer toute activité professionnelle pour l'exercice de son mandat et ne relève plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale, il est affilié au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.	~~Lorsque le président du conseil général ou tout vice-président ayant reçu délégation de celui-ci a cessé d'exercer toute activité professionnelle pour l'exercice de son mandat et ne relève plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale, il est affilié au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.~~

Les cotisations des départements et celles de l'élu sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ce dernier en application des dispositions du présent code. Un décret fixe les conditions d'application du présent article.	**Les membres du conseil général sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale.** Les cotisations des départements et celles de l'élu sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ce dernier en application des dispositions du présent code. Un décret fixe les conditions d'application du présent article.
Article L. 3123-21 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 3123-21 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Les présidents ou les vice-présidents ayant délégation de l'exécutif du conseil général qui, pour la durée de leur mandat, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle et n'acquièrent aucun droit à pension au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse sont affiliés à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.	~~Les présidents ou les vice-présidents ayant délégation de l'exécutif du conseil général qui, pour la durée de leur mandat, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle et n'acquièrent aucun droit à pension au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse sont affiliés à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.~~
Article L. 3123-22 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 3123-22 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Les membres du conseil général autres que ceux visés à l'article L. 3123-21 peuvent constituer une retraite par rente à la gestion de laquelle doivent participer les élus affiliés. La constitution de la retraite par rente incombe pour moitié à l'élu et pour moitié au département. Un décret en Conseil d'Etat fixe le plafond des taux de cotisation.	Les membres du conseil général ~~autres que ceux visés à l'article L. 3123-21,~~ peuvent constituer une retraite par rente à la gestion de laquelle doivent participer les élus affiliés. La constitution de la retraite par rente incombe pour moitié à l'élu et pour moitié au département. Un décret en Conseil d'Etat fixe le plafond des taux de cotisation.
Article L. 3321-1 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 3321-1 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Sont obligatoires pour le département : 1° Les dépenses relatives au fonctionnement des organes délibérants et à l'entretien de l'hôtel du département ; 2° Les dépenses relatives aux indemnités de fonction prévues aux articles L. 3123-15 à L. 3123-18 et aux frais de formation des élus visés à l'article L. 3123-12 ainsi que les cotisations au fonds institué par l'article L. 1621-2 ; 3° Les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 3123-20-2 et les cotisations aux régimes de retraites des élus en application des articles L. 3123-21 à L. 3123-24 ;	Sont obligatoires pour le département : 1° Les dépenses relatives au fonctionnement des organes délibérants et à l'entretien de l'hôtel du département ; 2° Les dépenses relatives aux indemnités de fonction prévues aux articles L. 3123-15 à L. 3123-18 et aux frais de formation des élus visés à l'article L. 3123-12 ainsi que les cotisations au fonds institué par l'article L. 1621-2 ; 3° Les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 3123-20-2 et les cotisations aux régimes de retraites des élus en application des ~~articles L. 3123-21~~ **L.3123-22** à L. 3123-24 ;
Article L. 3542-1 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 3542-1 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Ne sont pas obligatoires pour le Département de	Ne sont pas obligatoires pour le Département de

Mayotte les dépenses mentionnées aux 7°,8°,10° bis,11° et 14° de l'article L. 3321-1. Les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 3123-20-2 et les cotisations au régime de retraite des élus en application de l'article L. 3123-21, mentionnées au 3° de l'article L. 3321-1, s'entendent des cotisations obligatoires pour l'employeur au titre du régime de sécurité sociale applicable à Mayotte. La participation au service départemental d'incendie et de secours, mentionnée au 12° du même article L. 3321-1, s'entend des dépenses du service d'incendie et de secours et comporte la contribution au financement de la formation dispensée aux officiers de sapeurs-pompiers volontaires par leur établissement public de formation. Sont également obligatoires pour le Département de Mayotte : 1° Les dépenses dont il a la charge en matière de transports et d'apprentissage à la date de la première réunion suivant le renouvellement du conseil général de Mayotte en 2011 ; 2° Toute dépense liée à l'exercice d'une compétence transférée par l'Etat à compter de la même date.	Mayotte les dépenses mentionnées aux 7°,8°,10° bis,11° et 14° de l'article L. 3321-1. Les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 3123-20-2 ~~et les cotisations au régime de retraite des élus en application de l'article L. 3123-21, mentionnées au 3° de l'article L. 3321-1,~~ s'entendent des cotisations obligatoires pour l'employeur au titre du régime de sécurité sociale applicable à Mayotte. La participation au service départemental d'incendie et de secours, mentionnée au 12° du même article L. 3321-1, s'entend des dépenses du service d'incendie et de secours et comporte la contribution au financement de la formation dispensée aux officiers de sapeurs-pompiers volontaires par leur établissement public de formation. Sont également obligatoires pour le Département de Mayotte : 1° Les dépenses dont il a la charge en matière de transports et d'apprentissage à la date de la première réunion suivant le renouvellement du conseil général de Mayotte en 2011 ; 2° Toute dépense liée à l'exercice d'une compétence transférée par l'Etat à compter de la même date.
Article L. 4135-20-2 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 4135-20-2 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Lorsque le président du conseil régional ou tout vice-président ayant reçu délégation de celui-ci a cessé d'exercer toute activité professionnelle pour l'exercice de son mandat et ne relève plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale, il est affilié au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès. Les cotisations des régions et celles de l'élu sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ce dernier en application des dispositions du présent code. Un décret fixe les conditions d'application du présent article.	~~Lorsque le président du conseil régional ou tout vice-président ayant reçu délégation de celui-ci a cessé d'exercer toute activité professionnelle pour l'exercice de son mandat et ne relève plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale, il est affilié au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.~~ **Les membres du conseil régional sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale.** Les cotisations des régions et celles de l'élu sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ce dernier en application des dispositions du présent code. Un décret fixe les conditions d'application du présent article.
Article L. 4135-21 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 4135-21 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Les présidents ou les vice-présidents ayant délégation de l'exécutif du conseil régional qui, pour la durée de leur mandat, ont cessé	~~Les présidents ou les vice-présidents ayant délégation de l'exécutif du conseil régional qui, pour la durée de leur mandat, ont cessé~~

d'exercer leur activité professionnelle et n'acquièrent aucun droit à pension au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse sont affiliés à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.	~~d'exercer leur activité professionnelle et n'acquièrent aucun droit à pension au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse sont affiliés à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.~~
Article L. 4135-22 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 4135-22 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Les membres du conseil régional autres que ceux visés à l'article L. 4135-21 peuvent constituer une retraite par rente à la gestion de laquelle doivent participer les élus affiliés. La constitution de la retraite par rente incombe pour moitié à l'élu et pour moitié à la région. Un décret en Conseil d'Etat fixe le plafond des taux de cotisation.	Les membres du conseil régional ~~autres que ceux visés à l'article L. 4135-21,~~ peuvent constituer une retraite par rente à la gestion de laquelle doivent participer les élus affiliés. La constitution de la retraite par rente incombe pour moitié à l'élu et pour moitié à la région. Un décret en Conseil d'Etat fixe le plafond des taux de cotisation.
Article L. 4135-24 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 4135-24 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Pour l'application des articles L. 4135-21 à L. 4135-23, les cotisations des régions et celles de leurs élus sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ces derniers en application des dispositions de la section 3 du présent chapitre ou de tout autre texte régissant l'indemnisation de leurs fonctions. Les cotisations des élus ont un caractère personnel et obligatoire.	Pour l'application des articles ~~L. 4135-21~~ **L.4135-22** à L. 4135-23, les cotisations des régions et celles de leurs élus sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ces derniers en application des dispositions de la section 3 du présent chapitre ou de tout autre texte régissant l'indemnisation de leurs fonctions. Les cotisations des élus ont un caractère personnel et obligatoire.
Article L. 4321-1 actuel **du code général des collectivités territoriales**	**Article L. 4321-1 modifié** **du code général des collectivités territoriales**
Sont obligatoires pour la région : 1° Les dépenses relatives au fonctionnement des organes délibérants et à l'entretien de l'hôtel de la région ; 2° Les dépenses relatives aux indemnités de fonction prévues aux articles L. 4135-15 à L. 4135-18 et aux frais de formation des élus visés à l'article L. 4135-12 ainsi que les cotisations des régions au fonds institué par l'article L. 1621-2 ; 3° Les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 4135-20-2 et aux régimes de retraites des élus en application des articles L. 4135-21 à L. 4135-24 ;	Sont obligatoires pour la région : 1° Les dépenses relatives au fonctionnement des organes délibérants et à l'entretien de l'hôtel de la région ; 2° Les dépenses relatives aux indemnités de fonction prévues aux articles L. 4135-15 à L. 4135-18 et aux frais de formation des élus visés à l'article L. 4135-12 ainsi que les cotisations des régions au fonds institué par l'article L. 1621-2 ; 3° Les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 4135-20-2 et aux régimes de retraites des élus en application des articles ~~L. 4135-21~~ **L. 4135-22** à L. 4135-24 ;

ARTICLE 18

FIXATION DE LA COTISATION MALADIE DES SALARIES DE LA CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE PARIS (CCIP) AFFILIES AU REGIME GENERAL AU 1ER JANVIER 2013

I. Présentation de la mesure

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

L'article 28 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit l'intégration au régime général de sécurité sociale du régime spécial d'assurance maladie du personnel de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) au 1er janvier 2013. Ce transfert achève le processus initié par la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, qui avait rendu effectif le transfert au régime général des risques vieillesse et invalidité du régime spécial de la CCIP.

Cette intégration coïncidera avec la date de création de la Chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France[22], à laquelle seront rattachées, outre la CCIP, les chambres de commerce et d'industrie territoriales de l'Essonne et de Seine-et-Marne ainsi que les chambres de commerce et d'industrie départementales des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne, du Val-d'Oise et des Yvelines[23].

Ce transfert ne concernera que les prestations maladie en nature. Les prestations en espèces restent en effet à la charge de l'employeur, les statuts du personnel prévoyant le maintien du salaire en cas d'arrêt de travail pour maladie non professionnelle.

Par analogie avec les règles appliquées aux personnes relevant du régime général pour les seules prestations en nature (fonction publique d'Etat, ouvriers de l'Etat), le taux de la cotisation due par la Chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France pour les salariés de la CCIP affiliés au régime général au 1er janvier 2013, actuellement de 5,10 %[24], sera porté à 9,70 % au terme d'une période transitoire de montée en charge qui s'achèvera au 31 décembre 2018. Un projet de décret simple, en cours d'élaboration, fixe le calendrier de ce relèvement, selon une progressivité annuelle de 0,7 point.

Les personnels de la CCIP, qui seront affiliés au régime général au 1er janvier 2013, ne supportent plus de cotisation salariale d'assurance maladie depuis le 1er janvier 1998, date à laquelle l'article 5-IV de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 est entré en vigueur (disposition codifiée à l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale). Le maintien de l'absence de cotisation maladie pour ces personnels nécessite, en conséquence, une mesure législative. A défaut d'une telle disposition, omise dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, ces personnels seraient assujettis au taux de cotisation applicable au régime général (0,75 %).

Ces dispositions ne seront applicables qu'aux salariés qui relevaient avant le 1er janvier 2013 du régime spécial de la CCIP : les salariés recrutés à compter de cette date au sein de la Chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France relèveront du régime général pour la totalité des risques dans les conditions de droit commun.

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

Mesure proposée : La mesure proposée consiste à maintenir l'absence de cotisation salariale d'assurance maladie pour les personnels de la CCIP affiliés à la CNAMTS au 1er janvier 2013 dans le

[22] Créée par loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services. Son schéma organisationnel a été précisé par le décret n° 2012-595 du 27 avril 2012.
[23] Ces chambres de commerce et d'industrie relèvent déjà du régime général d'assurance maladie et versent à ce titre une cotisation employeur de 12,8 % (les prestations en espèce étant en effet prises en charge par le régime général et non par l'employeur).
[24] Article 16(I) du décret n° 91-613 du 28 juin 1991.

cadre de l'intégration du régime spécial d'assurance maladie de la CCIP au régime général, par analogie avec les règles appliquées aux personnes relevant du régime général pour les seules prestations en nature (FPE, FPT, FPH, ouvriers de l'Etat…), la cotisation du régime général maladie de 0,75 % étant censée financer les prestations en espèces.

Autres options possibles : Sauf à créer une rupture d'égalité en matière de cotisations entre les personnels relevant du régime général pour les seules prestations en nature, il ne paraît pas possible de faire application du taux de cotisation de 0,75 % aux personnels de la CCIP affiliés au régime général au 1er janvier 2013.

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

Cette mesure conduit à supprimer une recette pour le régime général. Elle prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement (2° du B du V de l'art. LO 111-3 du CSS).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

La mesure ne fait pas l'objet d'une codification.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Sans objet

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
Régime spécial de la CCIP		Régime intégré financièrement			
Régime général (CNAMTS)		0	0	0	0

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

L'impact pour le régime spécial de la CCIP sera nul dès lors qu'il est intégré au régime général à compter du 1er janvier 2013.

Par rapport à la situation actuelle, l'impact pour la CNAMTS sera également nul. La mesure proposée n'induit pas de perte de cotisation pour le régime général puisque la CNAMTS ne perçoit actuellement aucune cotisation au titre des salariés de la CCIP, qui relèvent de leur régime spécial d'assurance maladie. L'absence de disposition aurait en revanche induit un accroissement de cotisations non souhaité (cf. supra) vers le régime général, de l'ordre de 6,5 M€ par an (au titre des cotisations salariale et employeur) au terme de la montée en charge.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

L'impact économique sera nul, la mesure retenue ayant seulement pour effet de maintenir le principe d'une absence de cotisation salariale au titre de l'assurance maladie pour les salariés de la CCIP affiliés au régime général au 1er janvier 2013.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Cette mesure sera neutre pour les salariés de la CCIP, affiliés au régime général au 1er janvier 2013, puisque cette disposition maintient l'absence de cotisation salariale au titre de l'assurance maladie.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure sera sans impact sur la Chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France, à laquelle sera rattachée la CCIP au 1er janvier 2013. La CCIP, gestionnaire du régime spécial d'assurance maladie jusqu'au 31 décembre 2012, ne perçoit en effet plus de cotisation salariale depuis le 1er janvier 1998.

Cette mesure n'aura également aucun impact pour la CNAMTS, la mesure retenue ayant seulement pour effet de maintenir le principe d'une absence de cotisation salariale au titre de l'assurance maladie pour les salariés de la CCIP affiliés au régime général au 1er janvier 2013.

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

Aucun impact

d) impact budgétaire

Aucun impact.

e) impact sur l'emploi

Aucun impact.

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

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

La mesure n'emporte pas de texte d'application, elle est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

La mesure s'applique dès le 1er janvier 2013, date de l'intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie de la CCIP.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité d'information n'est prévue, la mesure étant neutre pour les cotisants au régime spécial de la CCIP, affiliés au régime général au 1er janvier 2013.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Sans objet.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 28 actuel **de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012**	**Article 28 modifié** **de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012**
I. - A compter du 1er janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie, maternité et décès dans le respect des règles du régime général de la sécurité sociale. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de cette même date.	I. - A compter du 1er janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie, maternité et décès**, à l'exception des prestations en espèce prévues au 5° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale**, dans le respect des règles du régime général de la sécurité sociale. **Toutefois, les dispositions de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale leur restent applicables.** Il est mis fin à ce régime spécial à compter de cette même date. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au premier alinéa, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres Ier à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale.	au premier alinéa, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres Ier à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale.
Un décret fixe, pour une période transitoire commençant le 1er janvier 2013 et prenant fin au plus tard le 31 décembre 2018, le taux des cotisations dues chaque année par la chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, au régime général de sécurité sociale au titre de ces assurances sociales permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale à la charge des employeurs en application des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale.	Un décret fixe, pour une période transitoire commençant le 1er janvier 2013 et prenant fin au plus tard le 31 décembre 2018, le taux des cotisations dues chaque année par la chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, au régime général de sécurité sociale au titre de ces assurances sociales permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation ~~des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale~~ à la charge **de l'Etat fixé** ~~des employeurs~~ en application **de l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale** ~~des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale~~.
II. - L'affiliation et la prise en charge par le régime général de sécurité sociale des salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et de leurs ayants droit qui relevaient du régime spécial d'assurance invalidité du personnel de cet établissement, prévues à l'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, prennent effet au 1er janvier 2013. Il est mis fin à ce régime spécial à la même date.	II. - L'affiliation et la prise en charge par le régime général de sécurité sociale des salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et de leurs ayants droit qui relevaient du régime spécial d'assurance invalidité du personnel de cet établissement, prévues à l'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, prennent effet au 1er janvier 2013. Il est mis fin à ce régime spécial à la même date.

ARTICLE 18

FIXATION DE LA COTISATION MALADIE DES SALARIES DE LA CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE PARIS (CCIP) AFFILIES AU REGIME GENERAL AU 1ER JANVIER 2013

I. Présentation de la mesure

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

L'article 28 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit l'intégration au régime général de sécurité sociale du régime spécial d'assurance maladie du personnel de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) au 1er janvier 2013. Ce transfert achève le processus initié par la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, qui avait rendu effectif le transfert au régime général des risques vieillesse et invalidité du régime spécial de la CCIP.

Cette intégration coïncidera avec la date de création de la Chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France[25], à laquelle seront rattachées, outre la CCIP, les chambres de commerce et d'industrie territoriales de l'Essonne et de Seine-et-Marne ainsi que les chambres de commerce et d'industrie départementales des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne, du Val-d'Oise et des Yvelines[26].

Ce transfert ne concernera que les prestations maladie en nature. Les prestations en espèces restent en effet à la charge de l'employeur, les statuts du personnel prévoyant le maintien du salaire en cas d'arrêt de travail pour maladie non professionnelle.

Par analogie avec les règles appliquées aux personnes relevant du régime général pour les seules prestations en nature (fonction publique d'Etat, ouvriers de l'Etat), le taux de la cotisation due par la Chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France pour les salariés de la CCIP affiliés au régime général au 1er janvier 2013, actuellement de 5,10 %[27], sera porté à 9,70 % au terme d'une période transitoire de montée en charge qui s'achèvera au 31 décembre 2018. Un projet de décret simple, en cours d'élaboration, fixe le calendrier de ce relèvement, selon une progressivité annuelle de 0,7 point.

Les personnels de la CCIP, qui seront affiliés au régime général au 1er janvier 2013, ne supportent plus de cotisation salariale d'assurance maladie depuis le 1er janvier 1998, date à laquelle l'article 5-IV de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 est entré en vigueur (disposition codifiée à l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale). Le maintien de l'absence de cotisation maladie pour ces personnels nécessite, en conséquence, une mesure législative. A défaut d'une telle disposition, omise dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, ces personnels seraient assujettis au taux de cotisation applicable au régime général (0,75 %).

Ces dispositions ne seront applicables qu'aux salariés qui relevaient avant le 1er janvier 2013 du régime spécial de la CCIP : les salariés recrutés à compter de cette date au sein de la Chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France relèveront du régime général pour la totalité des risques dans les conditions de droit commun.

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

Mesure proposée : La mesure proposée consiste à maintenir l'absence de cotisation salariale d'assurance maladie pour les personnels de la CCIP affiliés à la CNAMTS au 1er janvier 2013 dans le

[25] Créée par loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services. Son schéma organisationnel a été précisé par le décret n° 2012-595 du 27 avril 2012.

[26] Ces chambres de commerce et d'industrie relèvent déjà du régime général d'assurance maladie et versent à ce titre une cotisation employeur de 12,8 % (les prestations en espèce étant en effet prises en charge par le régime général et non par l'employeur).

[27] Article 16(I) du décret n° 91-613 du 28 juin 1991.

cadre de l'intégration du régime spécial d'assurance maladie de la CCIP au régime général, par analogie avec les règles appliquées aux personnes relevant du régime général pour les seules prestations en nature (FPE, FPT, FPH, ouvriers de l'Etat…), la cotisation du régime général maladie de 0,75 % étant censée financer les prestations en espèces.

Autres options possibles : Sauf à créer une rupture d'égalité en matière de cotisations entre les personnels relevant du régime général pour les seules prestations en nature, il ne paraît pas possible de faire application du taux de cotisation de 0,75 % aux personnels de la CCIP affiliés au régime général au 1er janvier 2013.

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

Cette mesure conduit à supprimer une recette pour le régime général. Elle prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement (2° du B du V de l'art. LO 111-3 du CSS).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

La mesure ne fait pas l'objet d'une codification.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Sans objet.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
Régime spécial de la CCIP		Régime intégré financièrement			
Régime général (CNAMTS)		0	0	0	0

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

L'impact pour le régime spécial de la CCIP sera nul dès lors qu'il est intégré au régime général à compter du 1er janvier 2013.

Par rapport à la situation actuelle, l'impact pour la CNAMTS sera également nul. La mesure proposée n'induit pas de perte de cotisation pour le régime général puisque la CNAMTS ne perçoit actuellement aucune cotisation au titre des salariés de la CCIP, qui relèvent de leur régime spécial d'assurance maladie. L'absence de disposition aurait en revanche induit un accroissement de cotisations non souhaité (cf. supra) vers le régime général, de l'ordre de 6,5 M€ par an (au titre des cotisations salariale et employeur) au terme de la montée en charge.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

L'impact économique sera nul, la mesure retenue ayant seulement pour effet de maintenir le principe d'une absence de cotisation salariale au titre de l'assurance maladie pour les salariés de la CCIP affiliés au régime général au 1er janvier 2013.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Cette mesure sera neutre pour les salariés de la CCIP, affiliés au régime général au 1er janvier 2013, puisque cette disposition maintient l'absence de cotisation salariale au titre de l'assurance maladie.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure sera sans impact sur la Chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France, à laquelle sera rattachée la CCIP au 1er janvier 2013. La CCIP, gestionnaire du régime spécial d'assurance maladie jusqu'au 31 décembre 2012, ne perçoit en effet plus de cotisation salariale depuis le 1er janvier 1998.

Cette mesure n'aura également aucun impact pour la CNAMTS, la mesure retenue ayant seulement pour effet de maintenir le principe d'une absence de cotisation salariale au titre de l'assurance maladie pour les salariés de la CCIP affiliés au régime général au 1er janvier 2013.

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

Aucun impact

d) impact budgétaire

Aucun impact.

e) impact sur l'emploi

Aucun impact.

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

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

La mesure n'emporte pas de texte d'application, elle est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

La mesure s'applique dès le 1er janvier 2013, date de l'intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie de la CCIP.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité d'information n'est prévue, la mesure étant neutre pour les cotisants au régime spécial de la CCIP, affiliés au régime général au 1er janvier 2013.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Sans objet.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 28 actuel **de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012**	**Article 28 modifié** **de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012**
I. - A compter du 1er janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie, maternité et décès dans le respect des règles du régime général de la	I. - A compter du 1er janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie, maternité et décès**, à l'exception des prestations en espèce**

sécurité sociale. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de cette même date.	**prévues au 5° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale**, dans le respect des règles du régime général de la sécurité sociale. **Toutefois, les dispositions de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale leur restent applicables.** Il est mis fin à ce régime spécial à compter de cette même date.
Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au premier alinéa, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres Ier à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale.	Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au premier alinéa, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres Ier à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale.
Un décret fixe, pour une période transitoire commençant le 1er janvier 2013 et prenant fin au plus tard le 31 décembre 2018, le taux des cotisations dues chaque année par la chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, au régime général de sécurité sociale au titre de ces assurances sociales permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale à la charge des employeurs en application des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale.	Un décret fixe, pour une période transitoire commençant le 1er janvier 2013 et prenant fin au plus tard le 31 décembre 2018, le taux des cotisations dues chaque année par la chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, au régime général de sécurité sociale au titre de ces assurances sociales permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation ~~des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale~~ à la charge **de l'Etat fixé** ~~des employeurs~~ en application **de l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale** ~~des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale~~.
II. - L'affiliation et la prise en charge par le régime général de sécurité sociale des salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et de leurs ayants droit qui relevaient du régime spécial d'assurance invalidité du personnel de cet établissement, prévues à l'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, prennent effet au 1er janvier 2013. Il est mis fin à ce régime spécial à la même date.	II. - L'affiliation et la prise en charge par le régime général de sécurité sociale des salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et de leurs ayants droit qui relevaient du régime spécial d'assurance invalidité du personnel de cet établissement, prévues à l'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, prennent effet au 1er janvier 2013. Il est mis fin à ce régime spécial à la même date.

ARTICLE 19

RELEVEMENT DE LA BORNE LEGISLATIVE

DU TAUX DE CONTRIBUTION TARIFAIRE D'ACHEMINEMENT (CTA)

SUR LA DISTRIBUTION DU GAZ

I. Présentation de la mesure

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

La contribution tarifaire d'acheminement (CTA) est une imposition de toute nature instituée par la loi n°2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux industries électriques et gazières (IEG), au profit de la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), dans le cadre de la réforme en 2005 du régime vieillesse des IEG.

Elle sert à financer :

- une partie des droits spécifiques (relatifs aux activités régulées avant l'adossement du régime spécial au régime général à partir du 31 décembre 2004) du régime de retraite des industries électriques et gazières (l'autre partie étant financée directement par les employeurs) ;
- une partie du coût de l'adossement financier de ce régime spécial aux régimes de droit commun en 2005, sous forme notamment de versement d'une soulte annuelle par la CNIEG à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), qui neutralise financièrement l'effet de l'adossement sur le ratio démographique de la CNAVTS.

Le rendement de cette contribution a été pour 2011 de 1,138 Md€, dont 73 % financent les droits spécifiques et 27 % sont reversés au titre de la soulte annuelle due à la CNAVTS.

Elle est constituée de 4 taux, assis sur la part fixe des tarifs de transport et de distribution de l'électricité et du gaz[28]. Sa charge financière est donc assumée par le consommateur final, particulier comme entreprise. Ces 4 taux sont déterminés, dans la limite de fourchettes fixées par la loi du 9 août 2004, par arrêté interministériel du ministre en charge de la sécurité sociale et du ministre en charge du budget, pris après avis de la commission de régulation de l'énergie, en fonction des besoins de financement prévisionnels des 5 années à venir. Cet arrêté a été pris le 29 décembre 2005.

En 2010, lors de la dernière révision prévue par la loi, le Gouvernement précédent a fait le choix de ne pas revoir ces taux en raison d'un surcroît de financement exceptionnel dans le cadre de la clause de revoyure de l'adossement avec l'AGIRC et l'ARRCO (qui a donné lieu à un reversement de ces organismes à la CNIEG d'un montant d'environ 230 M€). Or, les projections financières établies par la CNIEG montrent que dès 2013 le relèvement des taux est nécessaire pour reconstituer des réserves suffisantes permettant de couvrir l'augmentation des charges[29]. Ne pas augmenter les taux remettrait en cause l'équilibre financier du régime tel qu'encadré par la loi du 9 août 2004, qui garantit l'autonomie financière du régime et la neutralité financière de l'adossement du régime spécial pour le régime général.

Les augmentations envisagées pour faire face aux besoins de financement des 5 prochaines années se situent à l'intérieur des fourchettes actuelles pour la distribution d'électricité, le transport d'électricité et le transport du gaz (qui passeraient respectivement à 23,65 %, 9,51 % et 5,77 %). En revanche, pour ce qui concerne la distribution du gaz, un élargissement de la fourchette prévue par la loi s'avère nécessaire : il est en effet prévu de relever le taux à 21 %, pour une borne de 20 % actuellement. Il est donc proposé de modifier les bornes pour le seul taux de distribution du gaz.

[28] Chacun des 4 tarifs (transport de gaz, distribution de gaz, transport d'électricité, distribution d'électricité) fait l'objet d'un taux de CTA déterminé de façon spécifique.

[29] Le déficit de la section CTA s'est élevé à – 46 M€ en 2011, intégralement couvert par les réserves. Ces réserves, de 203 M€ après prise en charge du déficit 2011, devraient permettre de couvrir la prévision de déficit de 2012, soit – 130 M€. En revanche, elles ne suffiront plus pour couvrir le déficit à partir de 2013 (environ – 180 M€).

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

Mesure proposée :

La mesure consiste à modifier la fourchette législative encadrant les taux de la CTA assise sur les tarifs de distribution du gaz. La fourchette législative pour ce taux étant actuellement de 10 à 20 %, il est proposé de relever celle-ci de 15 à 25 %.

Autres options possibles :

Il pourrait être envisagé d'augmenter les taux sur les trois autres assiettes que la distribution du gaz, dans une proportion supérieure et qui permettrait, d'une part, de ne pas avoir à modifier la borne législative, et d'autre part, de couvrir les besoins de financement pour l'ensemble de la période quinquennale 2013 – 2017. Or, cette solution ne paraît ni envisageable, ni souhaitable, car elle pourrait remettre en cause l'économie générale du système de la CTA, tel qu'il a été validé en 2003 par la Commission européenne, afin qu'il ne constitue pas une aide d'Etat incompatible avec les traités européens.

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. Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions des régimes obligatoires de base et des 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

En outre, et de façon spécifique pour cette mesure, le conseil d'administration de la CNIEG a été saisi en application du I de l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire : elle respecte l'économie générale du système de la CTA tel qu'il a été validé en 2003 par la Commission européenne afin qu'il ne constitue pas une aide d'Etat incompatible avec les traités européens.

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

a) Possibilité de codification

La mesure ne fait pas l'objet d'une codification.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

La CTA est applicable dans le champ d'intervention de la CNIEG soit la métropole, les 5 DOM, à Saint-Pierre-et-Miquelon, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La recette supplémentaire de la mesure prévue est estimée à partir des données de la collecte de CTA de 2011.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)**				
	2012 (rectificatif)	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***
CNIEG		+ 45	+ 46	+ 47	+ 48

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

Plus globalement, l'impact en recette pour le régime de la hausse *de l'ensemble des taux* fixés par arrêté interministériel, sera d'environ 160,5 M€ en 2012, jusqu'à environ 165 M€ en 2016.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La taxe est acquittée par le consommateur final d'énergie sur la part fixe de son tarif.

Pour une personne seule occupant un logement de 20 m², le surcoût en raison de l'augmentation des 4 taux est estimé à 1,17€ par an, soit 9 centimes par mois, pour un logement exclusivement équipé à l'électricité, et à 0,63€ par an, soit 5 centimes par mois, pour un logement exclusivement équipé au gaz (pour un montant total annuel de CTA de respectivement 11,83€ et 7,97€).

Pour un foyer de 5 personnes pour une maison de 120m², l'impact sera de 2,45€ annuels, soit 20 centimes par mois, pour un logement exclusivement équipé au gaz (pour un montant total annuel de CTA de 28,72€) ; et de 3,28€ annuels, soit 27 centimes par mois, pour un logement exclusivement équipé à l'électricité (pour un montant total annuel de CTA de 33,24€).

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Aucun impact.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure permet des ressources supplémentaires au profit de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) pour le financement du régime vieillesse géré par elle.

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

Aucun.

d) impact budgétaire

Aucun.

e) impact sur l'emploi

Aucun.

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

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

La mesure est d'application directe. Les taux seront ensuite déterminés par arrêté interministériel.

2. Existence de mesures transitoires ?

Aucune mesure transitoire. La mesure s'applique dès le 1er janvier 2013.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Le montant de contribution tarifaire d'acheminement figure dans une ligne distincte sur les factures d'électricité ou de gaz.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Sans objet.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

V actuel de l'article 18 **de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières**	**V modifié de l'article 18** **de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières**
V. - Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie, en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années de la Caisse nationale des industries électriques et gazières pour le financement des charges définies au I au titre respectivement des activités de transport	V. - Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie, en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années de la Caisse nationale des industries électriques et gazières pour le financement des charges définies au I au titre respectivement des activités de transport

d'électricité, de transport de gaz naturel, de distribution d'électricité et de distribution de gaz naturel. Ils sont compris : - entre 5 % et 15 % appliqués à l'assiette définie au 1° du III en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité ou à un réseau public de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale à 50 kilovolts et entre 15 % et 30 % appliqués à la même assiette en ce qui concerne les autres consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité ; - entre 1 % et 10 % appliqués à la part de l'assiette définie au 2° du III qui concerne l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel et entre 10 % et 20 % appliqués à la part de cette même assiette qui concerne l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel.	d'électricité, de transport de gaz naturel, de distribution d'électricité et de distribution de gaz naturel. Ils sont compris : - entre 5 % et 15 % appliqués à l'assiette définie au 1° du III en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité ou à un réseau public de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale à 50 kilovolts et entre 15 % et 30 % appliqués à la même assiette en ce qui concerne les autres consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité ; - entre 1 % et 10 % appliqués à la part de l'assiette définie au 2° du III qui concerne l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel et entre **15 % et 25 %** appliqués à la part de cette même assiette qui concerne l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel.

ARTICLE 20

REGIME SOCIAL DE L'INDEMNITE SPECIFIQUE

VERSEE A L'OCCASION D'UNE RUPTURE CONVENTIONNELLE HOMOLOGUEE

I. Présentation de la mesure

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

1.1. Une exemption de l'assiette sociale à plusieurs étages, qui varie en fonction des montants perçus et de la nature de l'indemnité

S'agissant des *indemnités de licenciement, des indemnités de mise à la retraite et de celles versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi (PSE*), le régime social applicable depuis l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2012 est le suivant :

- aucune cotisation ni aucune contribution sociale (CSG-CRDS) ne sont dues sur la part inférieure au montant conventionnel de l'indemnité ou, en l'absence d'indemnité conventionnelle, sur la part inférieure au montant de l'indemnité légale ;
- la CSG et la CRDS sont prélevées sur la part qui excède ce montant et qui est inférieure à 2 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 62 744 € en 2012[30]. Cette exonération s'applique dans la limite de 50 % de l'indemnité ou de 2 fois le salaire brut annuel (la plus élevée des sommes est retenue) pour les indemnités de mise à la retraite et de licenciement hors PSE ;
- au-delà de 2 PASS, les cotisations et contributions sociales sont dues dans les conditions de droit commun ;
- depuis l'entrée en vigueur de la loi du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012, ces cotisation et contributions sont en outre dues dans des conditions non dérogatoires, à partir du 1er euro, pour les indemnités dont le montant est supérieur à 10 PASS, soit 373 720 € (contre 30 PASS auparavant).

Ce type d'exonérations n'a pas d'équivalent dans les autres pays, y compris dans ceux réputés pour avoir un marché du travail plus souple.

En effet, ces indemnités sont selon les cas :

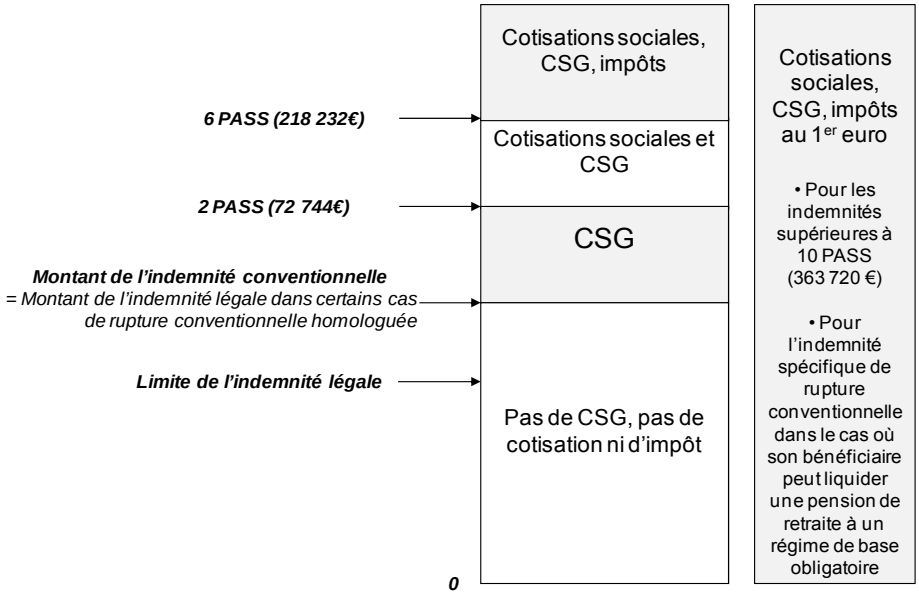
- traitées fiscalement (et socialement le cas échéant) comme des salaires, dans les conditions de droit commun (Suède, Allemagne, Etats-Unis),
- exonérées mais dans la limite de plafonds beaucoup plus limités que les plafonds français (35 000 € annuels au Royaume-Uni),
- assujetties à des taux dérogatoires (Italie) qui garantissent une contributivité minimale (première tranche de l'impôt sur le revenu dans ce même pays).

Alors même qu'elles ne sont pas strictement équivalentes aux indemnités précédentes – qui sont, elles, dans la plupart des cas liées à une décision unilatérale de l'employeur, motif qui est employé pour justifier, au nom de l'existence d'un préjudice indemnisé, un mécanisme partiellement dérogatoire – *les indemnités spécifiques versées à l'occasion d'une rupture conventionnelle homologuée* bénéficient d'un régime d'exonérations renvoyant à celui des autres indemnités de rupture, sous deux réserves :

[30] A titre transitoire, la LFSS pour 2012 a maintenu à 3 PASS (109 116 € en 2012) le plafond de 2 PASS mentionné ici, pour les indemnités versées en 2012 au titre d'une rupture notifiée au plus tard le 31 décembre 2011 ou intervenant dans le cadre d'un projet de licenciement pour motif économique communiqué aux représentants du personnel au plus tard le 31 décembre 2011.

- l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2009 sur la modernisation du marché du travail a fixé le montant de l'indemnité minimale pour la rupture conventionnelle au niveau de l'indemnité légale de licenciement. Pour les employeurs qui entrent dans le champ de cet accord (soit ceux du secteur privé, à l'exception des professions libérales, les associations et les employeurs agricoles), l'assujettissement à la CSG et la CRDS se calcule donc simplement par référence au montant des indemnités légales de licenciement ;
- l'indemnité est assujettie au premier euro dans les conditions de droit commun dans le cas où son bénéficiaire peut bénéficier d'une retraite d'un régime légalement obligatoire.

Régime social des indemnités de rupture :



Comme tout mécanisme d'exclusion de l'assiette des cotisations, celui qui est attaché aux indemnités de rupture a pour conséquence que celles-ci ne sont pas uniquement exemptées des cotisations sociales, mais sont aussi sorties de l'assiette des autres prélèvements (retraite complémentaire, chômage, versement transport…) adossés à celles-ci. Parallèlement ces sommes n'ouvrent aucun droit pour les prestations calculées en fonction de la rémunération.

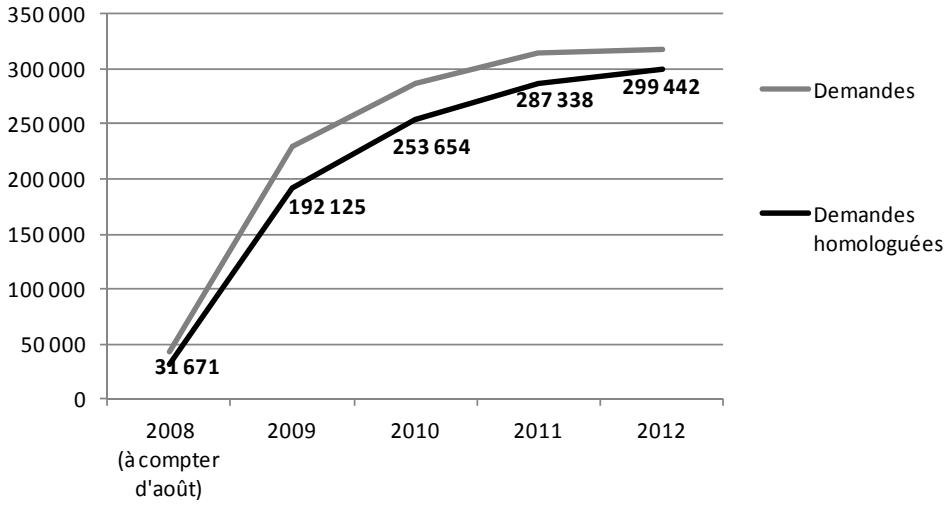
1.2. Depuis la création du dispositif de rupture conventionnelle homologuée en août 2008, le nombre d'indemnités versées à raison de ce type de rupture a fortement augmenté

Entre août 2008 et juin 2012, 914 000 demandes de rupture conventionnelle ont été homologuées (pour 1 033 000 demandes déposées, soit un taux global d'homologation de 88 %[31]). Si le rythme de progression de ce mode de rupture s'est atténué à compter de 2010, il reste positif, le nombre de ruptures homologuées augmentant de 13 % de 2010 à 2011 et de 22 % entre le premier semestre 2011 et le premier semestre 2012.

Ce succès s'explique par la sécurité juridique associée à la rupture conventionnelle et les gains symboliques et financiers que celle-ci engendre : en comparaison des modes de ruptures donnant lieu à un litige prud'homal, la rupture conventionnelle est d'abord considérée comme ayant un plus faible impact sur la réputation professionnelle du salarié et celle de l'entreprise. Son coût juridique est réduit car elle est conclue sans recourir au juge, « pour solde de tout compte ». Le régime social dont elle bénéficie est un autre élément expliquant que l'objectif de montée en puissance fixé par le législateur en 2008 ait été réalisé.

[31] Les demandes non homologuées le sont en raison soit de leur irrecevabilité, soit du refus opposé par l'administration à une demande recevable. Pour un taux global d'homologation de près de 93 % au premier semestre 2012, l'irrecevabilité concerne 2 % des demandes et le refus 5 %.

Evolution du nombre de rupture conventionnelle (2008-2012*)



Source : DARES, données mensuelles sur les ruptures conventionnelles.

* Estimation pour l'année 2012, chiffres du premier semestre X 2.

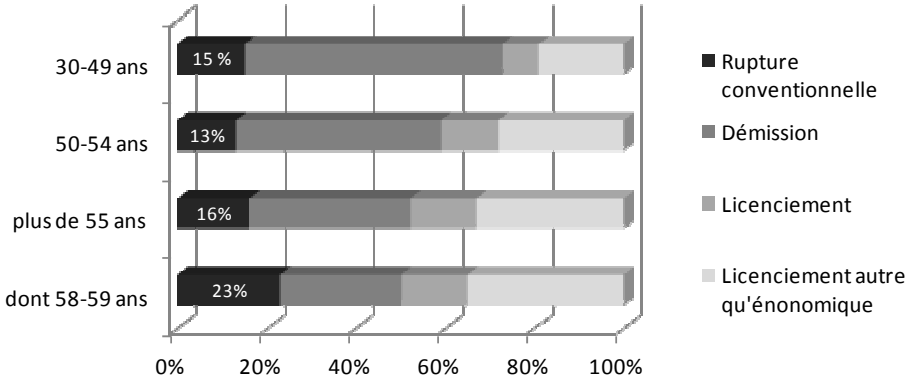
Ces chiffres sont à comparer à ceux concernant les autres modes de rupture bénéficiant d'une exemption de l'assiette sociale : 30 500 ruptures pour mises à la retraite en 2010 et 305 000 licenciements cette même année.

Près de 61 % des ruptures conventionnelles sont demandées par l'employeur, selon une récente étude présentée par le Centre d'étude pour l'emploi (CEE)[32].

Selon la DARES, la part des ruptures conventionnelles parmi les fins de contrat augmente avec l'âge.

Au second semestre 2010, elle n'est que de 8 % pour les moins de 30 ans et de 15 % pour les 30-54 ans, mais elle est de 16 % pour les personnes âgées de plus de 55 ans et 23 % pour celles de 58 ou 59 ans.

Part des différents motifs de fin de contrat selon l'âge, au dernier semestre connu (S2 2010)



Source : *DARES Analyses*, juin 2011, n° 046 (chiffres hors fin de période d'essai et départ à la retraite)

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

Mesure proposée :

Il est proposé de supprimer l'absence totale de contributions sociales à la charge de l'employeur sur les indemnités de rupture conventionnelle en les assujettissant au forfait social (au taux de 20 %), cette contribution ayant été mise en place pour éviter précisément la situation de tout ou rien en matière d'assujettissement aux cotisations patronales de sécurité sociale.

L'article clarifie en outre la lecture des dispositions propres à la CSG, dans la mesure où celles-ci n'indiquaient pas explicitement que l'assujettissement à la CSG n'est pas conditionné à celui prévu pour l'impôt sur le revenu.

Autre option possible :

Par parallélisme entre le forfait social et la CSG, il aurait pu être envisagé d'assujettir également à la CSG les indemnités de rupture conventionnelle dans leur intégralité. Cette mesure aurait néanmoins affecté directement les salariés devant quitter leur entreprise. Elle n'est pas souhaitable dans la période actuelle.

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

Cette mesure touchant les recettes prend naturellement place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base (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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

L'article 137-15 du code de la sécurité sociale définissant l'assiette du forfait social est à modifier. Une précision sur le 5e du II de l'article L. 136-2 auquel il renvoie est en outre effectuée.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Compte tenu du nombre de ruptures conventionnelles qui pourrait être homologuées en 2013 (qui est estimé à 250 000), du montant moyen de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle (7 430 € en 2010) et de l'assiette inférieure à deux fois le montant annuel du plafond de la sécurité sociale, sur laquelle serait prélevé le forfait social (qui est évalué à 1,65 Md€), le rendement attendu de la mesure est de 330 M€.

Le choix est fait, en application des dispositions du III du présent article, de rediriger le produit de cette mesure vers la branche maladie du régime général, sans impact par ailleurs sur l'équilibre financier des autres branches ou fonds déjà bénéficiaires d'une part du produit du forfait social.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014*	*2015*	*2016*
CNAMTS		*+ 330*	*+ 330*	*+ 330*	*+ 330*

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

Source DSS : d'après les données issues des DADS 2010 (données ACOSS) et DARES (données 2010).

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Le forfait social sera intégralement à la charge de l'entreprise. Si on ne peut exclure que certaines entreprises souhaitent en tenir compte pour la fixation du montant de l'indemnité, les conséquences devraient rester limitées, dans la mesure où les indemnités conventionnelles sont dans un grand nombre de cas proches des minimas imposés par l'ANI et que la négociation se fait généralement sur un montant net.

c) impacts sociaux

La mesure contraindra les entreprises à internaliser une partie des externalités négatives qui sont engendrées par les licenciements négociés dans le cadre de la rupture conventionnelle. Elles seront davantage incitées à maintenir dans l'emploi les salariés, du fait du renchérissement du coût de la rupture. Les économies associées à ce mode de rupture, en termes de recours au juge prud'homal, voire d'adaptation des organisations de travail, trouveront ainsi une contrepartie.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Le recouvrement sera effectué par les URSSAF et les CGSS.

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

Très simple à mettre en œuvre, la mesure telle qu'elle est proposée ne présente aucun impact sur la charge administrative ni sur les systèmes d'information des organismes concernés.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Entrée en vigueur à compter des rémunérations versées le 1er janvier 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information auprès des intéressés sera assurée par le réseau des URSSAF et les CGSS.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 137-15 actuel du code de la sécurité sociale	Article 137-15 modifié du code de la sécurité sociale
Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche	Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche

maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :	maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :
1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code ;	1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code ;
2° (Abrogé)	2° (Abrogé)
3° Des indemnités exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;	**3° Des indemnités de licenciement, de mise à la retraite ainsi que de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi qui sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;**
4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.	4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.
Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.	Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.
Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.	Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.
Sont également soumises à cette contribution les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 242-1.	Sont également soumises à cette contribution les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 242-1.
	Sont également soumises à cette contribution les indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle mentionnée aux articles L. 1237-11 à L. 1237-15 du code du travail, pour leur part exclue de l'assiette des de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 en application du 5° du II de l'article L. 136-2.
Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de dix salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance.	Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de dix salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance.

Article L. 136-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 136-2 modifié du code de la sécurité sociale
(…) II.-Sont inclus dans l'assiette de la contribution : (…) 5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujetti aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujetties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujetties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;	(…) II.-Sont inclus dans l'assiette de la contribution : (…) 5° **Indépendamment de leur assujettissement à l'impôt sur le revenu,** les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujetti aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujetties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujetties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

Article L.137-16 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.137-16 modifié du code de la sécurité sociale
(…) **POUR LES RÉMUNÉRATIONS ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %** Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés : 5 points Caisse nationale d'assurance vieillesse : 6 points	(…) **POUR LES RÉMUNÉRATIONS ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %** Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés : ~~5~~ **6,1** points Caisse nationale d'assurance vieillesse : ~~6~~ **5,6** points

Fonds mentionné à l'article L. 135-1	9 points		Fonds mentionné à l'article L. 135-1	~~9~~ **8,3** points
Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point		Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point

ARTICLE 21

REFORME DES MODALITES DE REMBOURSEMENT DE LA CMU COMPLEMENTAIRE

I. Présentation de la mesure

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

Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) a été institué par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle afin d'assurer la couverture des dépenses de santé prises en charge dans le cadre de la CMU complémentaire (CMUc).

A rebours de cette ambition initiale, le Fonds CMU, qui bénéficie pour seule ressource de la taxe collectée à un taux de 6,27 % par les organismes complémentaires sur les contrats d'assurance maladie complémentaire, ne couvre en réalité, alors même qu'il affiche dans ses comptes un résultat excédentaire, que partiellement les dépenses engagées par les bénéficiaires de la CMUc.

Cette situation tient notamment à l'absence de revalorisation depuis 2009 du montant forfaitaire sur la base duquel les organismes gestionnaires se voient rembourser des dépenses engagées.

Cette situation est particulièrement problématique pour la CNAMTS qui assure la gestion de près de 80 % des effectifs et affiche un coût moyen annuel par bénéficiaire de 445 euros[33], très supérieur à celui enregistré par les autres organismes gestionnaires. Avec un remboursement par le Fonds CMU fixé depuis plusieurs années à 370 euros par bénéficiaire, cette situation conduit, en dépit du mécanisme correcteur de transfert du report à nouveau du Fonds vers la CNAM, à un reste à charge pour cette dernière qui s'accroit (d'environ 260 M€ en 2013 à 510 M€ en 2016, soit 1,6 Md€ en cumulé sur la période), alors même qu'il n'entre pas dans les missions de l'assurance maladie de base d'assurer le financement des dépenses de soins complémentaires.

	2009	2010	2011	2012 (P)	2013 (P)
Nombre de bénéficiaires de la CMUC, en million					
Evolution prévisionnelle		0,3%	2,8%	2,7%	3,5%
CNAMTS	3,32	3,33	3,42	3,52	3,64
CCMSA	0,11	0,10	0,10	0,10	0,11
RSI	0,15	0,16	0,16	0,17	0,17
OC	0,59	0,63	0,65	0,67	0,69
Autres	0,05	0,04	0,05	0,05	0,05
Dépenses moyennes annuelles par bénéficiaire					
Montant du forfait de remboursement par bénéficiaire	**370 €**	**370 €**	**370 €**	**370 €**	**370 €**
taux d'évolution global des dépenses moyennes		2,2%	3,56%	3,00%	3,00%
CNAMTS	417 €	430 €	445 €	458 €	472 €
CCMSA	370 €	366 €	380 €	391 €	403 €
RSI	334 €	314 €	330 €	340 €	350 €
OC	367 €	368 €	379 €	390 €	402 €
Reste à charge tendanciel par organisme en M€					
CNAMTS **avant** affectation des réserves du Fonds CMU	157	199	257	311	372
CNAMTS **après** affectation des réserves du Fonds CMU	74	98	**128**	**185**	**263**
CCMSA	0	0	1	2	4
RSI	-5	-9	-7	-5	-3
OC	-2	-2	6	14	22

Ce niveau d'écart entre la participation du Fonds CMU et le coût réel du dispositif, est contraire au souci d'assurer un pilotage efficace de cette dépense publique et d'apprécier correctement par le biais

[33] Données provisoires de mai 2012

des comptes du fonds les efforts effectivement réalisés pour cette population disposant de faibles ressources.

La mission confiée initialement au Fonds de couvrir les dépenses de santé de la couverture maladie universelle complémentaire n'est ainsi pas respectée et la représentation nationale est privée d'une vision complète de l'effort public engagé en faveur de ce dispositif de solidarité et des moyens d'un pilotage efficace de celui-ci

Afin de rétablir un financement soutenable pour ce dispositif, le Gouvernement a présenté dans le projet de loi de finances pour 2013 des dispositions permettant d'augmenter en même temps que de diversifier les ressources du Fonds. Celui-ci bénéficiera à compter du 1er janvier 2013 du produit de la taxe sur les boissons à sucre ajouté ainsi que du produit de la taxe sur les boissons contenant des édulcorants, lesquelles présentent une complémentarité forte avec les dépenses de soins.

Aussi, il paraît nécessaire :

- d'organiser, en miroir, les modalités d'utilisation de ces nouvelles ressources via la rationalisation des modalités de remboursement par le Fonds CMU des organismes gestionnaires de la CMUc et l'amélioration des règles de contrôle de la dépense faisant intervenir le fonds et les URSSAF ;
- d'assurer l'information régulière du Parlement sur les dépenses prises en charge par le fonds et leur évolution, pour que celui-ci soit à même de vérifier l'adéquation entre ces dépenses et les recettes du fonds et que le régime de base de l'assurance maladie géré par la CNAMTS ne finance pas le régime complémentaire maladie que constitue la CMUc.

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

Mesure proposée :

La réforme proposée, dont une partie est renvoyée à des dispositions réglementaires, permet de en premier lieu de revaloriser les niveaux de remboursement des organismes gestionnaires – au premier rang desquels la CNAM –, tout en assurant un plus grand contrôle des dépenses des organismes concernés.

- ✓ Le remboursement des organismes gestionnaires de la CMUc demeurera assis, pour tous, sur une base forfaitaire. Le montant du forfait sera désormais fixé sur une base annuelle par décret, soit pour 2013 un montant qui devrait être fixé à 400 €. La loi prévoira une clause d'actualisation au 1er janvier de chaque année sur la base de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances, afin d'éviter un décrochage entre le forfait et l'évolution des dépenses moyennes ;
- ✓ Afin de compléter le remboursement des dépenses de la CNAM et d'ainsi tenir compte de la situation particulière de celle-ci, le présent article prévoit de compléter à son endroit les versements réalisés par le Fonds CMU sur une base forfaitaire. Plutôt que de retenir l'actuel mécanisme correcteur de transfert de tout ou partie du report à nouveau du fonds (qui revient à transférer en N+1 les excédents du Fonds pour l'année N une fois ceux-ci constatés à la clôture des comptes et passés au bilan), le transfert du Fonds à la CNAM sera majoré dès l'exercice en cours. L'objectif est de ne pas afficher un résultat positif pour le Fonds alors même que la CNAM est sous-financée, ce qui serait peu cohérent. Le résultat prévisionnel du Fonds après remboursements sur une base forfaitaire des organismes gestionnaires sera directement affecté à la CNAM par une opération au compte de résultat, ce qui conduira, tant que cette majoration sera inférieure au reste à charge de la CNAM, à afficher un résultat nul pour le Fonds CMU. De cette façon, les comptes du Fonds traduiront de façon plus sincère la réalité du financement du dispositif.
- ✓ La loi précise par ailleurs, dans un objectif de rationalisation, que les remboursements aux organismes gestionnaires ne peuvent aller au-delà de leurs dépenses réelles. Autrement dit, dans le cas où le forfait est supérieur au coût moyen par bénéficiaire enregistré par chaque organisme, le remboursement est limité aux dépenses réelles. Cette innovation permettra de garantir que les ressources du Fonds CMU sont en totalité orientées pour l'accès à la complémentaire santé des publics les plus modestes, et d'éviter les points de fuite.
- ✓ Les modalités de contrôle et les responsabilités respectives du Fonds CMU et des Urssaf sont en outre précisées. Le Fonds, qui bénéficie d'une expertise de tout premier plan sur ces matières, continuera de pouvoir s'adresser aux organismes gestionnaires pour obtenir en amont toute

information ou justificatifs qu'il juge utiles pour la vérification des montants déclarés. Il définira les orientations du contrôle qui sera effectué par les Urssaf selon les modalités et garanties propres au recouvrement des cotisations du régime général.

Par ailleurs, aux fins de l'information du Parlement prévue au 1° du III de l'article LO. 114-4, et pour permettre à celui-ci d'exercer sa fonction de contrôle, le Fonds transmettra au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

Autres options possibles :

En l'absence des dispositions proposées, la seule affectation au Fonds CMU du produit des taxes sur les boissons à sucre ajouté et contenant des édulcorants n'aurait pas permis une meilleure compensation de la CNAM dès l'année 2013 et aurait par ailleurs conduit à maintenir un schéma insuffisamment lisible du financement global.

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

Le dispositif proposé a un impact sur les ressources des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, et parmi eux surtout de celui géré par la CNAMTS, via le réexamen des modalités de remboursement reçus du Fonds CMU. Dans ces conditions, le présent article trouve ainsi toute sa place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 1° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale ainsi que du 1° du III de l'article LO. 114-4 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

L'ensemble des dispositions sont intégrées au 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, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer -Saint-Pierre et Miquelon -Saint-Martin et Saint Barthélémy -autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en Md€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014*	*2015*	*2016*
CNAMTS		+ 0,3 Md€	+0,35 Md€	+0,4 Md€	+0,4 Md€

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

Si l'on tient compte d'un schéma dans lequel l'actuel forfait de remboursement de 370 euros par an par bénéficiaire est revalorisé de 30 euros, pour s'établir en 2013 à 400 euros, et en tenant compte des ressources nouvelles affectées au Fonds CMU dans le projet de loi de finances pour 2013, le Fonds CMU serait en mesure d'effectuer en 2013 un versement complémentaire à la CNAMTS permettant de compenser la totalité de la dépense réelle de la Caisse. Aussi, par rapport à une situation tendancielle marquée par un reste à charge de 263 M€ pour la CNAMTS, ses comptes seraient améliorés d'autant.

En outre, et en application des dispositions transitoires prévues au II du présent article, le résultat prévisionnel du Fonds lui permettrait de reverser en prévision 55 M€ supplémentaires à la CNAM en compensation du reste à charge observé en 2012 et qui s'élève avant mesure à 185 M€. Il s'agit par là de gérer la transition entre l'ancien système marqué par la rétrocession de l'excédent prévisionnel en N+1 et le nouveau système caractérisé par des opérations inscrites dans les comptes de l'exercice concerné.

En tenant compte sur les exercices suivants d'une revalorisation du forfait de +1,75 % chaque année et une évolution de la taxe sur les boissons à sucre ajouté et contenant des édulcorants à hauteur de +2 %, le mécanisme mis en place permet, toutes choses égales par ailleurs, une amélioration allant jusqu'à 0,4 Md€ pour la CNAM à l'horizon 2016.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans impact, la mesure étant sans effet sur le dispositif de la CMUc en tant que tel.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

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

La réforme sera gérée par le Fonds CMU et, s'agissant du contrôle également par l'Urssaf de Paris-région parisienne.

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

Le réaménagement du contrôle basé sur une collaboration du Fonds CMU et de l'Urssaf en charge des opérations relatives à la CMUC permettra une organisation plus efficace.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée dans le cadre des enveloppes fixées par les conventions d'objectif et de gestion.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée dans le cadre des enveloppes fixées par les conventions d'objectif et de gestion.

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

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

Il conviendra de préciser les dispositions législatives par décret simple d'ici le 1er janvier 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Aucun.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en oeuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

En application des dispositions législatives nouvelles, le coût total de la couverture maladie universelle complémentaire sera désormais retracé dans le PQE « maladie ».

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.862-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L.862-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Les dépenses du fonds sont constituées :	Les dépenses du fonds sont constituées :

a) Par le versement aux organismes de sécurité sociale, au titre de chaque trimestre, d'un montant égal au produit de la somme prévue au III de l'article L. 862-4 par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel le versement est effectué, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du a de l'article L. 861-4 ; b) Par les montants des imputations mentionnées au III de l'article L. 862-4 ; c) Par les frais de gestion administrative du fonds.	**a) par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux a) et b) de l'article L.861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.** **Le remboursement est effectué, dans la limite des sommes mentionnées au précédent alinéa, sur la base d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret. Ce forfait est revalorisé au 1er janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.** **Le remboursement effectué à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application du précédent alinéa est majoré, dans la même limite, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6.** **Le Fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.** **Les modalités d'application du présent *a*) sont précisées par décret.** **b) par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au b) de l'article L.861-4 du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.** c) par les frais de gestion administrative du fonds.
Article L.862-3 (version issue du projet de loi de finances pour 2013) **du code de la sécurité sociale actuel**	**Article L.862-3 modifié** **du code de la sécurité sociale**
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 du produit des contributions mentionnées aux articles 520B et 520C du code général des impôts Tout ou partie du report à nouveau positif du fonds est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.	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 du produit des contributions mentionnées aux articles 520B et 520C du code général des impôts ~~Tout ou partie du report à nouveau positif du fonds est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.~~
Article L.862-4 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.862-4 modifié** **du code de la sécurité sociale**
III. — Les organismes visés au deuxième alinéa	**III. —Les modalités des remboursements**

du I perçoivent, par imputation sur le montant de la taxe collectée selon les dispositions du même I et du II, un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 92,50 € par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil considéré, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre du b de l'article L. 861-4. Ils perçoivent également, selon la même procédure, un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil.	**prévus aux a) et b) de l'article L. 862-2 sont précisées par décret.**
Article L.862-5 actuel **du code de la sécurité sociale actuel**	**Article L.862-5 modifié** **du code de la sécurité sociale actuel**
La taxe visée aux I et II de l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 862-4 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 862-1. Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.	**La taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés.** Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.
Article L.862-6 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.862-6 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Lorsque le montant de la taxe collectée en application des I et II de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des imputations découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I du même article demandent au fonds le versement de cette différence au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre considéré. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.	Lorsque le montant de la taxe collectée en application des I et II de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des imputations découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I du même article demandent au fonds le versement de cette différence **dans des conditions fixées par décret.**
Article L.862-7 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.862-7 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 : a) Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux a et b de l'article L. 862-2 et les imputations opérées en application du III de l'article L. 862-4 ; […]	Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 : a) Le fonds est habilité à procéder à ~~tout contrôle~~ **toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements** ~~sur les dépenses~~ mentionnées aux a et b de l'article L. 862-2 ~~et les imputations opérées en application du III de l'article L. 862-4~~ ; […]

ARTICLE 22

MESURES RELATIVES A LA FISCALITE DES TABACS

I. Présentation de la mesure

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

La consommation de tabac est la première cause de mortalité évitable en France. En effet, le tabagisme actif est considéré comme responsable de 90 % des cancers du poumon et de près de 73 000 décès prématurés chaque année (Catherine Hill. *La Revue du Praticien,* 20 mars 2012) du fait notamment d'infarctus, d'accidents vasculaire cérébraux, de cancers ou de pneumopathies imputables au tabac. Les tendances à l'œuvre pour certaines pathologies sont aujourd'hui particulièrement alarmantes. Ainsi par exemple le cancer du poumon est devenu, récemment, la 2ème cause de mortalité par cancer chez les femmes.

Le dernier baromètre santé INPES de 2010 a montré une cassure dans la tendance à la baisse de la prévalence. En effet, cette dernière a augmenté de 2 points alors qu'elle n'avait cessé de diminuer depuis la loi Evin. Certaines catégories de personnes sensibles se sont avérées particulièrement touchées par ce retournement de tendance. Ainsi, la prévalence a augmenté de 5 points chez les femmes enceintes, de 7 points chez les bénéficiaires de la CMU et de 1 point chez les jeunes.

Au niveau européen, le bilan est là encore très négatif puisque c'est en France que les femmes fument le plus (27 %) et qu'elles fument le plus pendant leurs grossesses (17 %).

Il apparaît donc impératif de mettre en place des outils spécifiques permettant d'infléchir significativement à la baisse l'évolution de la consommation de produits du tabac et la prévalence tabagique.

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

Mesure proposée :

S'agissant de la simplification et de la clarification de la fiscalité applicable aux tabacs (article 575 et 575 A du code général des impôts (CGI)) :

Pour les cigarettes de la classe de prix de référence, le montant du droit de consommation est calculé en appliquant au prix de vente au détail le taux normal du droit de consommation fixé à 64,25 %.

Pour les cigarettes n'appartenant pas à la classe de prix de référence, le droit de consommation se décompose en une part spécifique et une part proportionnelle. La part spécifique correspond à l'application du taux spécifique à la charge fiscale totale afférente à la classe de prix de référence. La part proportionnelle est égale à la différence entre le montant du droit de consommation applicable à la cigarette de la classe de prix de référence et la part spécifique, rapportée au prix de vente de la cigarette de la classe de prix de référence.

Les autres produits du tabac sont soumis à un droit de consommation proportionnel à leur prix de vente au détail.

Par ailleurs, les *minima* de perception applicables aux cigarettes, cigares/cigarillos et aux tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes sont fixés respectivement à 183 € les 1 000 unités, à 89 € les 1 000 unités et à 115 € les 1 000 grammes.

S'agissant de l'augmentation du taux normal de droit de consommation pour les cigarettes et le tabac à rouler :

L'outil fiscal vise à promouvoir des hausses régulières et modérées de façon à concilier d'une part les impératifs de santé publique de lutte contre le tabagisme et d'autre part à contenir le développement des achats de tabac en dehors du réseau des buralistes qui exercent pour le compte de l'Etat le monopole de la vente au détail. La hausse des prix vise à faire reculer la prévalence tabagique et non

à provoquer un report des achats de tabac vers des sources d'approvisionnement bon marché qui priverait la protection sociale de toute recette. Pour autant, il convient de faire en sorte que les recettes liées à l'augmentation de la valeur du marché du tabac bénéficient en premier lieu à la protection sociale et non aux industriels du tabac.

Autres options possibles :

S'agissant de la hausse des taux applicables, une autre option consistait en l'instauration d'une imposition directe du chiffre d'affaires des industriels du secteur. Outre son impact moins direct sur les volumes consommés, cette option n'aurait toutefois pas permis d'atteindre l'objectif puisqu'une part importante du chiffre d'affaires des fabricants est réalisé hors de France.

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

Le rendement des accises sur les produits du tabac est affecté en quasi intégralité à la sécurité sociale et majoritairement à l'assurance maladie.

La mesure prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à 125 M€ pour 2013.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure d'élargissement de la structure de la fiscalité des cigarettes à l'ensemble des produits est compatible avec le droit communautaire au même titre que la cotisation de sécurité sociale sur les boissons alcooliques cf. Affaire C-434/97 arrêt du 24 février 2000.

Dans cette affaire, la Cour de justice motive notamment sa décision par les points suivants :

(…)

18 En outre, compte tenu de la diversité des traditions fiscales des États membres en la matière et du recours fréquent aux impositions indirectes pour la mise en œuvre de politiques non budgétaires, le Conseil a inséré l'article 3, paragraphe 2, dans la directive sur les accises.

19 Cette disposition vise à permettre aux États membres d'établir, en sus de l'accise minimale fixée par la directive sur les structures, d'autres impositions indirectes poursuivant une finalité spécifique, c'est-à-dire un but autre que budgétaire.

20 Outre la nécessité d'une finalité spécifique, l'habilitation ainsi donnée aux États membres exige le respect de certaines règles de taxation. Toutefois, les versions linguistiques divergent à un double titre sur ce point (…)

32 Il convient de relever que cette base d'imposition est conforme à l'économie générale des règles de taxation applicables pour les besoins des accises. Au demeurant, elle n'est pas méconnue de la directive sur les structures. Celle-ci prend, en effet, la quantité comme base d'imposition pour l'accise sur le vin et sur les boissons fermentées autres que le vin et la bière (voir articles 9 et 13 de la directive sur les structures).

Le 2 de l'article premier de la directive 2008/118 relative au régime général d'accise stipule en effet :

« 2. Les États membres peuvent, à des fins spécifiques, prélever des taxes indirectes supplémentaires sur les produits soumis à accise, à condition que ces impositions respectent les règles de taxation communautaires applicables à l'accise ou à la taxe sur la valeur ajoutée pour la détermination de la base d'imposition, le calcul, l'exigibilité et le contrôle de l'impôt, ces règles n'incluant pas les dispositions relatives aux exonérations.»

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

a) Possibilité de codification

Le dispositif requiert la modification des articles 575 et 575 A du code général des impôts.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Les départements et collectivités d'outre-mer restent hors du champ d'application de ces dispositions. La fiscalité applicable aux tabacs vendus dans les DOM est fixée par l'article 268 du code des douanes.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 R*	*2014 P*	*2015*	*2016*
Régime général		+ 120	+ 240	+ 240	+ 240
Dont					
Maladie		*+102*	*+ 209*	*+ 209*	*+ 209*
Famille		*+ 13*	*+ 23*	*+ 23*	*+ 23*
Vieillesse		*+ 5*	*+ 8*	*+ 8*	*+ 8*
Autres		+ 5	+ 10	+ 10€	+ 10

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

Sur la base des données de consommation 2011, l'impact de la généralisation de la structure de la fiscalité aujourd'hui applicable aux seules cigarettes peut être estimé, en année pleine, à environ 25 M€.

La hausse programmée des taux ferait pression à la hausse sur les prix. Afin de maintenir leur niveau de rémunération sur un paquet de cigarette, les industriels devront augmenter les prix de 6 %. Compte tenu de la baisse des volumes consommés imputable à cette hausse de prix, le rendement des droits de consommation serait supérieur à hauteur d'environ 220 M€ en année pleine. Du fait de l'entrée en vigueur au 1er juillet, l'impact portera sur environ une demi année en 2013 soit 100 M€.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

L'élargissement de la structure de la fiscalité applicable aujourd'hui aux seules cigarettes permettra, par le biais de l'effet induit sur la marge des industriels, de différencier davantage les prix pour les autres produits du tabac. Par ailleurs, le rehaussement des droits d'accise programmé au 1er juillet 2013 représente, à prix constant, une diminution de l'ordre de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des industriels. Elle constitue donc un stimulus extrêmement fort pour augmenter les prix.

b) impacts sociaux

La mesure renforcera la politique de lutte contre la prévalence tabagique et accélérera la diminution de cette dernière dont les effets induits qui est à l'origine de près de 73 000 décès par an.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Sans impact.

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

Sans impact.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure nécessite la publication d'un arrêté fixant le modèle du formulaire déclaratif.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Aucun délai de mise en œuvre n'est nécessaire. La mesure s'appliquera aux produits mis à la consommation à compter du 1er janvier 2013 et, s'agissant de la hausse de taux, du 1er juillet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

La direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI) assurera l'information des redevables.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Non.

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

Non. Les données déclaratives et de recouvrement permettront de suivre l'évolution du produit de la taxe et l'impact de la mesure proposée.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 575 actuel **du code général des impôts**	**Article 575 actuel** **du code général des impôts**
Les tabacs manufacturés vendus dans les départements de la France continentale et les tabacs ainsi que le papier à rouler les cigarettes qui y sont importés sont soumis à un droit de consommation.	~~Les tabacs manufacturés vendus dans les départements de la France continentale et les tabacs ainsi que le papier à rouler les cigarettes qui y sont importés sont soumis à un droit de consommation.~~
Le droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de détail. Toutefois, pour les cigarettes de la classe de prix de référence, le montant du droit de consommation est déterminé globalement en appliquant le taux normal de ce droit, prévu à l'article 575 A, à leur prix de vente au détail.	~~Le droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de détail. Toutefois, pour les cigarettes de la classe de prix de référence, le montant du droit de consommation est déterminé globalement en appliquant le taux normal de ce droit, prévu à l'article 575 A, à leur prix de vente au détail.~~
La classe de prix de référence correspond au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour mille cigarettes et arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure.	~~La classe de prix de référence correspond au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour mille cigarettes et arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure.~~
Le prix moyen pondéré de vente au détail est calculé en fonction de la valeur totale de l'ensemble des cigarettes mises à la consommation, basée sur le prix de vente au détail toutes taxes comprises, divisée par la quantité totale de cigarettes mises à la consommation.	~~Le prix moyen pondéré de vente au détail est calculé en fonction de la valeur totale de l'ensemble des cigarettes mises à la consommation, basée sur le prix de vente au détail toutes taxes comprises, divisée par la quantité totale de cigarettes mises à la consommation.~~
Le prix moyen pondéré de vente au détail et la classe de prix de référence sont établis au plus tard le 31 janvier de chaque année, sur la base des données concernant toutes les mises à la consommation effectuées l'année civile précédente, par arrêté du ministre chargé du budget.	~~Le prix moyen pondéré de vente au détail et la classe de prix de référence sont établis au plus tard le 31 janvier de chaque année, sur la base des données concernant toutes les mises à la consommation effectuées l'année civile précédente, par arrêté du ministre chargé du budget.~~
La part spécifique est égale à 12 % de la charge fiscale totale afférente aux cigarettes de la classe de prix de référence et comprenant le droit de consommation et la taxe sur la valeur ajoutée.	~~La part spécifique est égale à 12 % de la charge fiscale totale afférente aux cigarettes de la classe de prix de référence et comprenant le droit de consommation et la taxe sur la valeur ajoutée.~~
Pour les cigarettes de la classe de prix de référence, la part proportionnelle est réputée égale à la différence entre le montant total du droit de consommation et la part spécifique	~~Pour les cigarettes de la classe de prix de référence, la part proportionnelle est réputée égale à la différence entre le montant total du droit de consommation et la part spécifique~~

définie ci-dessus. Le rapport entre cette part proportionnelle et le prix de vente au détail de ces cigarettes constitue le taux de base.	~~définie ci-dessus. Le rapport entre cette part proportionnelle et le prix de vente au détail de ces cigarettes constitue le taux de base.~~
Pour les autres cigarettes, la part proportionnelle est déterminée en appliquant le taux de base à leur prix de vente au détail.	~~Pour les autres cigarettes, la part proportionnelle est déterminée en appliquant le taux de base à leur prix de vente au détail.~~
Le montant du droit de consommation applicable aux cigarettes ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1 000 unités, majoré de 10 % pour les cigarettes dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la classe de prix de référence.	~~Le montant du droit de consommation applicable aux cigarettes ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1 000 unités, majoré de 10 % pour les cigarettes dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la classe de prix de référence.~~
Les tabacs manufacturés autres que les cigarettes sont soumis à un taux normal applicable à leur prix de vente au détail, sous réserve d'un minimum de perception fixé par mille unités ou par mille grammes.	~~Les tabacs manufacturés autres que les cigarettes sont soumis à un taux normal applicable à leur prix de vente au détail, sous réserve d'un minimum de perception fixé par mille unités ou par mille grammes.~~
Lorsque le prix de vente au détail homologué des cigarettes ou des tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes est inférieur, respectivement, à 95 % et 97 % du prix moyen de ces produits constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minimums de perception prévu à l'article 575 A peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget, dans la limite de 25 %.	~~Lorsque le prix de vente au détail homologué des cigarettes ou des tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes est inférieur, respectivement, à 95 % et 97 % du prix moyen de ces produits constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minimums de perception prévu à l'article 575 A peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget, dans la limite de 25 %.~~
Lorsque la classe de prix de référence est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués, le pourcentage de 94 % mentionné au sixième alinéa peut être augmenté jusqu'à 110 % au titre de l'année en cours par arrêté du ministre chargé du budget.	~~Lorsque la classe de prix de référence est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués, le pourcentage de 94 % mentionné au sixième alinéa peut être augmenté jusqu'à 110 % au titre de l'année en cours par arrêté du ministre chargé du budget.~~
	Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de la France continentale sont soumis à un droit de consommation.
	Le droit de consommation sur les tabacs comporte une part spécifique par unité de produit ou de poids et une part proportionnelle au prix de vente au détail.
	La part proportionnelle résulte de l'application du taux proportionnel au prix de vente au détail. La part spécifique pour mille unités ou mille grammes résulte de l'application du taux spécifique à la classe de prix de référence. Le taux proportionnel est égal à la différence entre le taux normal et le taux spécifique. Le taux normal et le taux spécifique sont définis, par groupe de produits, à l'article 575 A.
	La classe de prix de référence d'un groupe de produits correspond au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour mille unités ou mille grammes et arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure.
	Le prix moyen pondéré de vente au détail est calculé par groupe de produits en fonction de

	la valeur totale de l'ensemble des unités mises à la consommation, basée sur le prix de vente au détail toutes taxes comprises, divisée par la quantité totale mise à la consommation. **Le prix moyen pondéré de vente au détail et la classe de prix de référence sont établis pour chaque groupe de produits au plus tard le 31 janvier de chaque année, sur la base des données concernant toutes les mises à la consommation effectuées l'année civile précédente, par arrêté du ministre chargé du budget.** **Le montant du droit de consommation applicable à un groupe de produits ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1 000 unités ou 1 000 grammes, majoré de 10 % pour les produits dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la classe de prix de référence du groupe considéré. Ce dernier pourcentage est fixé à 84 % pour les cigares et cigarillos.** **Lorsque la classe de prix de référence d'un groupe de produits est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués de ce groupe, les pourcentages de 94 % et 84 % mentionnés au précédent alinéa peuvent être respectivement augmentés jusqu'à 110 % et 100 % au titre de l'année en cours par arrêté du ministre chargé du budget.** **Lorsque le prix de vente au détail homologué d'un produit est inférieur à 95 % du prix moyen des produits du même groupe constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minimums de perception prévu à l'article 575 A peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget, dans la limite de 25 %.**
Article 575 A actuel **du code général des impôts**	**Article 575 A modifié** **du code général des impôts**
Pour les différents groupes de produits définis à l'article 575, le taux normal est fixé conformément au tableau ci-après : GROUPE DE PRODUITS — TAUX NORMAL Cigarettes — 64,25 % Cigares — 27,57 % Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes — 58,57 % Autres tabacs à fumer — 52,42 % Tabacs à priser — 45,57 %	~~Pour les différents groupes de produits définis à l'article 575, le taux normal est fixé conformément au tableau ci-après :~~ ~~GROUPE DE PRODUITS — TAUX NORMAL~~ ~~Cigarettes — 64,25 %~~ ~~Cigares — 27,57 %~~ ~~Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes — 58,57 %~~ ~~Autres tabacs à fumer — 52,42 %~~ ~~Tabacs à priser — 45,57 %~~

Tabacs à mâcher	32,17 %

Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 183 € pour les cigarettes.

Il est fixé à 115 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, à 60 euros pour les autres tabacs à fumer et à 89 euros pour les cigares.

~~Tabacs à mâcher~~	~~32,17 %~~

~~Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 183 € pour les cigarettes.~~

~~Il est fixé à 115 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, à 60 euros pour les autres tabacs à fumer et à 89 euros pour les cigares.~~

Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, les taux de la part proportionnelle et de la part spécifique sont fixés conformément au tableau ci-après :

Groupe de produits	Taux normal	Taux spécifique
Cigarettes	**64,25 %**	**12,5 %**
Cigares et cigarillos	**28 %**	**5 %**
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	**60 %**	**30 %**
Autres tabacs à fumer	**55 %**	**10 %**
Tabacs à priser	**50 %**	**0 %**
Tabacs à mâcher	**35 %**	**0 %**

Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 195 € pour 1 000 cigarettes et à 90 € pour 1 000 cigares ou cigarillos.

Il est fixé par kilogramme à 125 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes et à 70 € pour les autres tabacs à fumer.

ARTICLE 23

HAUSSE DE LA FISCALITÉ SUR LES BIERES

I. Présentation de la mesure

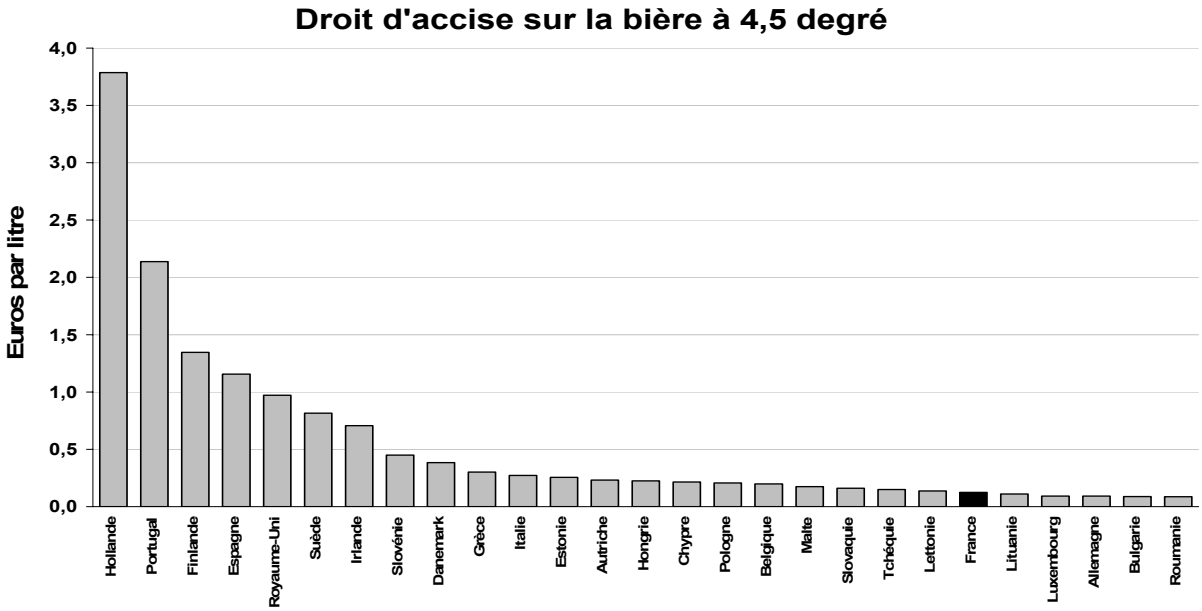
1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Aujourd'hui en France, avec 17 % des décès masculins et 6 % des décès féminins qui lui sont attribuables entre 15 et 34 ans, l'alcool reste la seconde cause de mortalité évitable par cancers, après le tabac.

Or, la bière est une boisson alcoolique de consommation courante (elle représente 16 % de l'alcool consommé en France), pour laquelle la fiscalité spécifique ne pèse que marginalement dans la structure de prix, à la différence des spiritueux. Ce niveau, très faible et qui, hors l'indexation très récente sur l'inflation instaurée par la LFSS pour 2008, n'a pas été modifié depuis 15 ans, explique pour partie le prix d'accès très bas à cette boisson, notamment en grande surface où le litre de bière standard est commercialisé généralement à moins de 2 €.

Le maintien d'un tel niveau de prix apparaît peu cohérent compte tenu de la hausse des prix des boissons alcooliques décidée par les pouvoirs publics, pour les spiritueux, dans le cadre de la LFSS pour 2012 afin de réduire la consommation d'alcool notamment chez les jeunes.

Au niveau européen, la France se distingue par le très faible niveau de taxation des bières, comme le démontre le graphique suivant :



On constate que même des pays au sein desquels la bière constitue, beaucoup plus qu'en France, un produit populaire de grande consommation ainsi qu'un marqueur culturel (Royaume-Uni et Irlande par exemple), appliquent une fiscalité spécifique sensiblement plus élevée.

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

Mesure proposée :

La mesure vise à renchérir le prix des bières par le biais du levier fiscal. Elle augmente le tarif du droit spécifique sur les bières.

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

Les dispositions du présent article, qui concernent l'assiette et le taux de contributions affectées à la sécurité sociale, prennent place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. Elles auront en outre un effet sur les recettes de ces régimes et relèvent ainsi également du 2° du B du V du même article.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

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 structure des droits d'accise applicable en France aux boissons alcooliques est conforme à la directive communautaire. La détermination des tarifs relève, dès lors qu'ils respectent les minima, de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure respecte les dispositions de l'article 110 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

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

a) Possibilité de codification

Le dispositif requiert de modifier le code général des impôts s'agissant des mesures applicables au droit spécifique sur les bières (article 520 A)

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier de l'ensemble de ces mesures a été estimé sur la base des données douanières relatives à l'année 2010 qui permettent d'appréhender avec précision les volumes consommés par catégorie de produit. Le rendement prévisionnel pour 2013 du droit spécifique sur les bières et les boissons non alcoolisées étant estimé, hors la présente mesure, à 366 M€, la fraction du rendement estimé de la mesure (480 M€) qui revient à la CNAM (330 M€) représente 39 % du rendement total du droit mentionné à l'article 520 A du code général des impôts estimé pour 2013.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
CNAMTS		+330	+330	+330	+330
CCMSA exploitants – vieillesse		+150	+150	+150	+150

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La mesure se traduira par une augmentation de la charge fiscale hors TVA pesant sur les bières. Pour un volume donné, le niveau de la charge fiscale augmentera d'autant plus que le degré de la boisson est élevé. Ainsi, pour 1 litre de bière à 4,5°, le montant du droit spécifique sera renchéri d'environ 20 centimes. Pour un « demi » (25 cl), l'impact sera de 5 centimes.

L'impact sera d'autant plus important que les bières seront plus fortement alcoolisées.

Inversement, l'impact sera moins fort sur les bières dont le titre alcoométrique est inférieur à 2,8° et pour les bières brassées dans des petites brasseries produisant moins de 200 000 hl par an. Ces bières bénéficient de taux réduits (-50 % pour les bières à moins de 2,8° ou brassées dans des brasseries produisant moins de 10 000 hl par an, -40 % pour les bières brassées dans les brasseries produisant entre 10 000 et 50 000hl par an, -30 % pour les bières brassées dans les brasseries produisant entre 50 000 et 200 000hl par an). Ces réductions sont maintenues.

Le nouveau tarif applicable portera la France du 22ème rang européen au 10ème. Néanmoins, après cette hausse, le tarif applicable en France demeurera substantiellement éloigné de celui applicable dans les pays européens où l'intensité du prélèvement est la plus forte (-90 % par rapport aux Pays-Bas, -70 % par rapport au Royaume-Uni ou à l'Espagne, -50 % par rapport à l'Irlande).

b) impacts sociaux

L'augmentation du prix de détail des bières, qui jouera à l'identique sur les produits d'entrée de gamme et sur les produits plus onéreux, fera diminuer la consommation de ces boissons, notamment chez les jeunes. Il convient également de noter que cette mesure fait suite à la forte augmentation de la fiscalité sur les spiritueux instaurée par la LFSS pour 2012 qui est de nature à limiter les risques de substitution entre ces produits. La diminution de la consommation de boissons alcoolisées se traduira par une baisse des effets sociaux néfastes dont elles sont la cause (santé, violence et comportements à risque, absentéisme…).

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Le coût induit par la mesure pour les administrations publiques est extrêmement faible puisque les droits modifiés l'auraient été en l'absence de mesure spécifique du fait de l'indexation des prélèvements.

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

La mesure est gérée par les services de la direction générale des douanes et des droits indirects, dont le système d'information devra être adapté en conséquence.

d) impact budgétaire

La mesure sera mise en œuvre avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera mise en œuvre avec les moyens existants.

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

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

La mesure est d'application immédiate et ne nécessite pas de textes règlementaires.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Aucun délai de mise en œuvre n'est nécessaire.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés par les services de la DGDDI.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Non.

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

Les données douanières permettront de suivre l'évolution de la consommation par type de produit et donc de quantifier l'impact de la mesure sur les habitudes de consommation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 520 A actuel du code général des impôts	Article 520 A modifié du code général des impôts
I. Il est perçu un droit spécifique :	I. Il est perçu un droit spécifique :
a) Sur les bières, dont le taux, par hectolitre, est fixé à :	a) Sur les bières, dont le taux, par hectolitre, est fixé à :
1,38 € par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas 2,8 % vol. ;	**3,60** € par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas 2,8 % vol. ;
2,75 € par degré alcoométrique pour les autres bières ;	**7,20** € par degré alcoométrique pour les autres bières ;
Dans les dispositions du présent code relatives aux contributions indirectes, sont compris sous la dénomination de bière, tout produit relevant du code NC 2203 du tarif des douanes ainsi que tout produit contenant un mélange de bière et de boissons non alcooliques relevant du code NC 2206 du tarif des douanes et ayant dans l'un ou l'autre cas un titre alcoométrique acquis supérieur à 0,5 % vol. ;	Dans les dispositions du présent code relatives aux contributions indirectes, sont compris sous la dénomination de bière, tout produit relevant du code NC 2203 du tarif des douanes ainsi que tout produit contenant un mélange de bière et de boissons non alcooliques relevant du code NC 2206 du tarif des douanes et ayant dans l'un ou l'autre cas un titre alcoométrique acquis supérieur à 0,5 % vol. ;
Par dérogation aux dispositions précédentes, le taux par hectolitre applicable aux bières produites par les petites brasseries indépendantes, dont le titre alcoométrique excède 2,8 % vol., est fixé à :	Par dérogation aux dispositions précédentes, le taux par hectolitre applicable aux bières produites par les petites brasseries indépendantes, dont le titre alcoométrique excède 2,8 % vol., est fixé à :
1,38 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 hectolitres ;	**3,60** € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 hectolitres ;
1,64 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 10 000 hectolitres et inférieure ou égale à 50 000 hectolitres ;	**4,32** € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 10 000 hectolitres et inférieure ou égale à 50 000 hectolitres ;
2,07 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 50 000 hectolitres et inférieure ou égale à 200 000 hectolitres.	**5,40** € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 50 000 hectolitres et inférieure ou égale à 200 000 hectolitres.
Le tarif du droit spécifique est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.	Le tarif du droit spécifique est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.
b) Sur les boissons non alcoolisées énumérées ci-après dont le tarif, par hectolitre, est fixé à :	b) Sur les boissons non alcoolisées énumérées ci-après dont le tarif, par hectolitre, est fixé à :
0,54 € pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées	0,54 € pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées

ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % vol. d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits. II. Pour les eaux et boissons mentionnées au b du I, le droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources, les importateurs et les personnes qui réalisent des acquisitions intracommunautaires sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit sur le marché intérieur, y compris la Corse et les départements d'outre-mer. Le droit est liquidé lors du dépôt, au service de l'administration dont dépend le redevable, du relevé des quantités livrées au cours du mois précédent. Ce relevé doit être déposé et l'impôt acquitté avant le 25 de chaque mois. Les expéditions vers un autre Etat membre de la Communauté européenne et les exportations vers un pays tiers sont exonérées du paiement du droit spécifique lorsqu'elles sont réalisées directement et sans intermédiaire par les personnes mentionnées au premier alinéa ou par une société de distribution. III. Les modalités d'application des dispositions qui précèdent seront, en tant que de besoin, fixées par décret.	ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % vol. d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits. II. Pour les eaux et boissons mentionnées au b du I, le droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources, les importateurs et les personnes qui réalisent des acquisitions intracommunautaires sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit sur le marché intérieur, y compris la Corse et les départements d'outre-mer. Le droit est liquidé lors du dépôt, au service de l'administration dont dépend le redevable, du relevé des quantités livrées au cours du mois précédent. Ce relevé doit être déposé et l'impôt acquitté avant le 25 de chaque mois. Les expéditions vers un autre Etat membre de la Communauté européenne et les exportations vers un pays tiers sont exonérées du paiement du droit spécifique lorsqu'elles sont réalisées directement et sans intermédiaire par les personnes mentionnées au premier alinéa ou par une société de distribution. III. Les modalités d'application des dispositions qui précèdent seront, en tant que de besoin, fixées par décret.
Article L. 241-2 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 241-2 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur : 1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ; 2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés. Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article. Les ressources des assurances maladie,	Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur : 1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ; 2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés. Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article. Les ressources des assurances maladie,

maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par : 1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ; 2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ; 3° Une fraction égale à 5,75 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée nette correspondant aux montants de cette taxe enregistrés au titre de l'année par les comptables publics, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour la même période par les comptables assignataires ; 4° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée à l'article L. 137-16 ; 5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ; 6° La part du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 fixée à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 245-16 ; 7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 bis AE du code général des impôts et les droits perçus au titre de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ; 8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts.	maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par : 1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ; 2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ; 3° Une fraction égale à 5,75 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée nette correspondant aux montants de cette taxe enregistrés au titre de l'année par les comptables publics, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour la même période par les comptables assignataires ; 4° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée à l'article L. 137-16 ; 5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ; 6° La part du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 fixée à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 245-16 ; 7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 bis AE du code général des impôts et les droits perçus au titre de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ; 8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts. **9° Une fraction égale à 39 % du produit du droit spécifique sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts.**
Article L. 731-3 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 731-3 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Le financement des prestations d'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par : 1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles ; 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; 2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;	Le financement des prestations d'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par : 1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles ; 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; 2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;

3° Une fraction égale à 56,3 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ; 4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ; 4° bis Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ; 4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ; […]	3° Une fraction égale à 56,3 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ; 4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ; 4° bis ~~Le produit~~ **Une fraction égale à 61 % du produit** du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ; 4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ; […]

ARTICLE 24

FISCALITE DES PRODUITS DE SANTE :

SIMPLIFICATION ET CORRECTION DES IMPERFECTIONS

I. Présentation de la mesure

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

Il apparaît nécessaire d'adopter des mesures de sécurisation juridique et de simplification des modalités déclaratives et de paiement des prélèvements spécifiques portant sur des produits de santé.

Sur la nécessité de clarifier la rédaction de l'article 1600-0 N du CGI relatif à la taxe sur les premières ventes de médicaments :

L'article 26 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 a modifié le mode de financement de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) devenue Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La taxe auparavant prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique (CSP) perçue par cet établissement a été supprimée et remplacée par la taxe annuelle due lors de la première vente en France de médicaments et produits de santé prévue à l'article 1600-0 N du CGI.

Cette taxe annuelle est due par les personnes assujetties à la taxe sur la valeur (TVA) qui effectuent la première vente en France de médicaments et produits de santé ayant fait l'objet d'un enregistrement, d'une AMM française ou européenne, ou d'une autorisation d'importation parallèle.

Dans sa rédaction actuelle, l'article 1600-0 N du CGI laisse à penser que le redevable de la taxe peut être le fabricant (façonnier, sous-traitant) en lieu et place de l'exploitant des médicaments et produits de santé.

Cette rédaction impacte également le rendement de la taxe puisque le constat a été fait que la taxation au niveau du sous-traitant concernait une valeur ajoutée moindre (rapport de 1 à 10) qu'au niveau de l'exploitant de l'AMM. Cette rédaction peut également être mise à profit à des fins d'optimisation fiscale grâce à des transferts de produits intragroupe (VA diminuée dans ce cas dans un rapport de 1 à 3).

Ainsi, le rendement projeté de la taxe est sensiblement inférieur aux prévisions : moins de 31 M€ au 31 juillet 2012 contre 40 M€ espérés lors de la création de la taxe, soit près de 25 % de moins qu'attendu.

S'agissant des autorisations préalables de publicité relatives aux DM, aux DMDIV et aux médicaments :

Contrairement aux médicaments à usage humain, les autorisations préalables de publicité relatives aux dispositifs médicaux (DM) et aux dispositifs médicaux in vitro (DMDIV) délivrées par l'ANSM ne donnent pas lieu au versement d'un droit. Par ailleurs, certains termes utilisés dans le code général des impôts apparaissent impropres depuis l'intervention de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament des produits de santé : les publicités pour les médicaments font désormais l'objet d'une demande de visa a priori auprès de l'ANSM et non plus d'un dépôt donnant lieu à contrôle a posteriori.

Sur l'harmonisation des modalités déclaratives et de paiement des contributions pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF :

Cinq taxes pharmaceutiques sont recouvrées par les URSSAF de Paris-Région parisienne et du Rhône :

- la taxe sur le chiffre d'affaires (article L 245-6 du CSS) est due par toute entreprise assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des 1er et 2ème alinéas de l'article L 162-17 du code de la sécurité sociale ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ;

- la taxe sur les ventes en gros (article L 138-1 du CSS) est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L 5124-1 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités remboursables auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières. La contribution est assise sur le CAHT réalisé en France auprès de ces pharmacies ;

- la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments (article L 245-1 du CSS) est due par les entreprises assurant l'exploitation en France d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, dont le chiffre d'affaires est au moins égal à 15 M€. L'assiette de la contribution est égale au total des charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance, au titre des rémunérations et frais liés à la publicité des médicaments remboursables, ou agréés à l'usage des collectivités ;

- la taxe sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux (article L 245-5-1 du CSS) est due par 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 quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L 162-17 du CSS ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits au titre Ier de la liste prévue à l'article L 165-1. La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du ou des exercices clos depuis la dernière échéance, au titre des rémunérations de toutes natures et des frais professionnels ainsi que des frais de publicité liés à ces produits et prestations ;

- la clause de sauvegarde (article L138-10 du CSS) est due par les entreprises dont le CAHT réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments remboursables, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques et n'ayant pas passé convention avec le CEPS, s'est accru par rapport au CA réalisé l'année précédente, au titre des médicaments remboursables, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'ONDAM.

Chaque contribution a ses propres règles : assise sur le CA de l'année civile ou sur les charges comptabilisées au cours du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance, fonctionnement par acompte provisionnel et régularisation avec des dates d'exigibilité différentes.

Les dates de mise en recouvrement des taxes, aujourd'hui complètement différentes d'une taxe à l'autre, compliquent et alourdissent inutilement la charge de gestion, tant pour les entreprises redevables que pour les organismes en charge du recouvrement.

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

Mesure proposée :

Concernant la taxe sur les premières ventes de médicaments :

Il est proposé de modifier la rédaction de l'article 1600-0 N du CGI relatif à la taxe sur les premières ventes de médicaments en précisant que le redevable de la taxe est l'entreprise assurant l'exploitation en France au sens de l'article L.5124-1 du code de la santé publique des médicaments et des produits et des produits de santé définis au II de l'article 1600-0 N du CGI. Ainsi, les personnes qui interviennent dans le circuit de production (ex. : façonniers, sous-traitant) ou de distribution des médicaments et produits de santé concernés (ex. : grossiste-répartiteur) ne sont pas redevables de la taxe.

S'agissant des autorisations préalables de publicité relatives aux DM, aux DMDIV et aux médicaments :

Il est proposé d'instaurer un droit d'enregistrement pour les demandes d'autorisations préalables formulées auprès de l'ANSM et, d'utiliser les termes d' « autorisations préalables de publicité » en lieu et place des termes « dépôts de publicité », compte tenu de l'intervention de la loi du 29 décembre

2011. S'agissant des médicaments, il convient d'utiliser les termes « visa de publicité » introduits par la loi du 29 décembre 2011.

Concernant les taxes recouvrées par les URSSAF :

Il est proposé pour ces cinq taxes (taxe sur le chiffre d'affaires, taxe sur les ventes en gros, taxe sur les dépenses de promotion des médicaments, taxe sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux et clause de sauvegarde) d'harmoniser leurs modalités déclaratives et de versement.

Un imprimé déclaratif "unifié" sera élaboré aux fins d'éviter aux entreprises de devoir déclarer plusieurs fois les mêmes données (données administratives). Une date unique de versement provisionnel serait prévue : au plus tard le 1er juin pour la taxe due au titre de l'année N, le versement du solde étant effectué au plus tard le 1er mars de l'année N+1 (accompagné de l'imprimé déclaratif).

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

Le produit de ces taxes est affecté au financement de la CNAMTS. A noter qu'une partie du produit des deux taxes « promotion » recouvrées par les URSSAF est également affectée au financement de la Haute autorité de santé.

La mesure prend place dans la 3ème partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre, pour la taxe sur les premières ventes de médicaments, un effet sur les recettes estimé à 10 M€ pour 2013 (1° du B du V du même article).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

Concernant la taxe sur les premières ventes de médicaments, le dispositif requiert une modification de l'article 1600-0 N du code général des impôts

S'agissant des autorisations préalables de publicité relatives aux DM et aux DMDIV, l'article 1635 bis AE du code général des impôts est modifié.

Concernant les taxes recouvrées par les URSSAF, les mesures requièrent une modification des articles L. 245-6, L. 138-4, L. 138-12, L. 138-13, L. 245-5-1 A, et L 245-5-5 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 (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier de la mesure concernant la taxe sur les premières ventes de médicaments sur les recettes de la CNAMTS a été estimé à 10 M€.

L'instauration d'un droit d'enregistrement pour les autorisations préalables en matière de DM et DMDIV génère des ressources supplémentaires pour la CNAMTS, estimées à 0,7 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
CNAMTS		+10,7	+10,7	+10,7	+10,7

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La mesure relative à la taxe sur les premières ventes de médicament en France permettra de corriger la dérive constatée et décrite ci-dessus, à savoir la taxation des fabricants en lieu et place des exploitants. Elle est conforme à la politique de développement de la production industrielle sur le territoire national poursuivie par les pouvoirs publics.

L'instauration d'un droit d'enregistrement pour les autorisations de publicité des DM et DMDIV dégagera un léger surcroit de recettes.

La mesure relative à l'harmonisation des modalités déclaratives et de versement de cinq taxes recouvrées par les URSSAF simplifie la charge administrative induite pour les entreprises ainsi que le processus de recouvrement.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Concernant la taxe sur les premières ventes de médicament, la mesure ne nécessite pas de modification des formulaires déclaratifs.

L'instauration d'un droit d'enregistrement des DM et DMDIV nécessite de compléter la procédure d'autorisation par l'ANSM.

Concernant les cinq taxes recouvrées par les URSSAF, la mesure nécessite une modification des imprimés déclaratifs ainsi que des notices d'accompagnement (appelées « guide pratique »). S'agissant de documents « cerfatisés », une procédure d'homologation du formulaire et de la notice explicative devra être respectée. Le système d'information devra faire l'objet d'une évolution suite à la modification des dates d'exigibilité (gestion des appels des acomptes provisionnels et des régularisations, etc..).

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

L'impact est limité aux adaptations listées au point b).

d) impact budgétaire

La mesure sera mise en œuvre avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera mise en œuvre avec les moyens disponibles.

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

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

Concernant la taxe sur les premières ventes de médicament, la mesure ne nécessitera aucun texte règlementaire d'application.

Il en est de même pour l'instauration d'un droit d'enregistrement des DM et DMDIV.

Concernant l'harmonisation des modalités déclaratives et de paiement des taxes recouvrées par les URSSAF, la mesure nécessitera une adaptation des textes règlementaires relatifs aux dates de fourniture des documents déclaratifs :

- article R 245-17 du CSS pour la taxe sur le chiffre d'affaires (article L 245-6 du CSS) ;
- article R 138-1 du CSS pour la taxe sur les ventes en gros (article L 138-1 du CSS) ;
- article R 245-3 du CSS pour la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments (article L 245-1 du CSS) et, par renvoi de l'article R 245-16 du CSS pour la taxe sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux (article L 245-5-1 du CSS).

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Concernant la taxe sur les premières ventes de médicament, aucun délai de mise en œuvre n'est nécessaire. La mesure entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2013.

Il en est de même pour l'instauration d'un droit d'enregistrement des DM et DMDIV.

Concernant l'harmonisation des modalités déclaratives et de paiement des taxes recouvrées par les URSSAF, l'entrée en vigueur du nouveau dispositif déclaratif est fixée au 1er juin 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Concernant la taxe sur les premières ventes de médicaments, la DGFIP informera les intéressés.

S'agissant de l'instauration d'un droit d'enregistrement des DM et DMDIV, l'ANSM informera les entreprises concernées.

Concernant l'harmonisation des modalités déclaratives et de paiement des taxes recouvrées par les URSSAF, les redevables seront informés via le portail « urssaf.fr ». L'ACOSS lancera une campagne de communication à destination des entreprises concernées.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Concernant la taxe sur les premières ventes de médicaments, la mesure est couverte par l'objectif 2 (veiller à l'équité du prélèvement social) de la partie II du PQE annexé au PLFSS pour 2012.

Concernant l'harmonisation des modalités déclaratives et de paiement des taxes recouvrées par les URSSAF, la mesure est couverte par l'objectif 4 (simplifier les procédures de financement) de la partie II du PQE annexé au PLFSS pour 2012.

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

Concernant la taxe sur les premières ventes de médicaments, un bilan d'application de la mesure sera produit régulièrement par la DGFIP. L'ANSM tiendra le bilan de l'instauration d'un droit d'enregistrement des DM et DMDIV.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 1600-0 N actuel du code général des impôts	Article 1600-0 N modifié du code général des impôts
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 de médicaments et de produits de santé 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.	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 de médicaments et de produits de santé 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.~~ **Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui assurent en France l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, et la vente de médicaments et de produits de santé mentionnés 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.**
II. — Les médicaments et produits de santé mentionnés au I sont les médicaments et produits de santé ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 au sens de l'article L. 5121-8 du même code, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004,établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.	II. — Les médicaments et produits de santé mentionnés au I sont les médicaments et produits de santé ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 au sens de l'article L. 5121-8 du même code, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004,établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.
III. — L'assiette de la taxe est constituée, pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II, par le montant total hors taxe sur la valeur ajoutée des ventes, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des médicaments et produits qui sont exportés hors de l'Union européenne, ainsi que des ventes de médicaments et produits expédiés vers un autre Etat membre de l'Union européenne et des ventes de médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 1 41/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999,	III. — L'assiette de la taxe est constituée, pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II, par le montant total hors taxe sur la valeur ajoutée des ventes, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des médicaments et produits qui sont exportés hors de l'Union européenne, ainsi que des ventes de médicaments et produits expédiés vers un autre Etat membre de l'Union européenne et des ventes de médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 1 41/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999,

concernant les médicaments orphelins.	concernant les médicaments orphelins.
IV. — Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II à :	IV. — Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II à :
a) 499 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 000 € et 76 000 € ;	a) 499 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 000 € et 76 000 € ;
b) 1 636 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 76 001 € et 380 000 € ;	b) 1 636 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 76 001 € et 380 000 € ;
c) 2 634 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 380 001 € et 760 000 € ;	c) 2 634 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 380 001 € et 760 000 € ;
d) 3 890 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 760 001 € et 1 500 000 €;	d) 3 890 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 760 001 € et 1 500 000 €;
e) 6 583 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 500 001 € et 5 000 000 € ;	e) 6 583 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 500 001 € et 5 000 000 € ;
f) 13 166 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 5 000 001 € et 10 000 000 € ;	f) 13 166 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 5 000 001 € et 10 000 000 € ;
g) 19 749 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 10 000 001 € et 15 000 000 € ;	g) 19 749 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 10 000 001 € et 15 000 000 € ;
h) 26 332 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 15 000 001 € et 30 000 000 € ;	h) 26 332 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 15 000 001 € et 30 000 000 € ;
i) 33 913 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est supérieur à 30 000 000 €.	i) 33 913 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est supérieur à 30 000 000 €.
V. — La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de médicaments et produits de santé mentionnés au II.	V. — ~~La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de médicaments et produits de santé mentionnés au II.~~
Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au même II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.	~~Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au même II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.~~
	Le fait générateur et l'exigibilité de la taxe interviennent lors de la vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au II.
Article 1635 bis AE actuel du code général des impôts	**Article 1635 bis AE modifié du code général des impôts**
I. — Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique de chaque :	I. — Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique de chaque :

1° Demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;	1° Demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;
2° Demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;	2° Demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;
3° Demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cette autorisation ;	3° Demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cette autorisation ;
4° Demande de reconnaissance par au moins un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le directeur général de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de cette autorisation ;	4° Demande de reconnaissance par au moins un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le directeur général de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de cette autorisation ;
5° Demande d'autorisation d'importation parallèle conformément à l'article L. 5124-13 du même code et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ;	5° Demande d'autorisation d'importation parallèle conformément à l'article L. 5124-13 du même code et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ;
6° Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14 du même code ;	6° ~~Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14 du même code ;~~
7° Dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code.	**Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité, mentionné aux articles L. 5122-8, L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code** ; ~~7° Dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code.~~ **7° Demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de publicité, mentionnée aux articles L. 5213-4 et L. 5223-3 du même code.**
II. — Le montant du droit dû à raison des dépôts mentionnés au I est fixé par décret dans la limite maximale de :	II. — Le montant du droit dû à raison des dépôts mentionnés au I est fixé par décret dans la limite maximale de :
a) 7 600 € pour les demandes mentionnées au 1° du I ;	a) 7 600 € pour les demandes mentionnées au 1° du I ;
b) 21 000 € pour les demandes mentionnées au 2° du I ;	b) 21 000 € pour les demandes mentionnées au 2° du I ;
c) 50 000 € pour les demandes mentionnées aux 3° à 5° du I ;	c) 50 000 € pour les demandes mentionnées aux 3° à 5° du I ;
d) 1 200 € pour les demandes mentionnées aux 6° et 7° du I.	d) 1 200 € pour les demandes mentionnées aux 6°, 7° et 8° du I.
III. — Le versement du droit est accompagné d'une déclaration dont le modèle est fixé par	III. — Le versement du droit est accompagné d'une déclaration dont le modèle est fixé par

l'administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. Il est donné quittance de son versement. A défaut de production de la quittance à l'appui de son dépôt à l'agence ou en cas de versement d'un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée. Lorsque le dossier d'une demande mentionnée au I est complet ou que la publicité mentionnée au 7° du même I est déposée, le droit versé n'est restituable qu'à concurrence de la fraction de son montant dont l'agence a antérieurement constaté l'insuffisance de versement.	l'administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. Il est donné quittance de son versement. A défaut de production de la quittance à l'appui de son dépôt à l'agence ou en cas de versement d'un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet ~~et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée~~. Lorsque le dossier d'une demande mentionnée au I est complet ~~ou que la publicité mentionnée au 7° du même I est déposée~~, le droit versé n'est restituable qu'à concurrence de la fraction de son montant dont l'agence a antérieurement constaté l'insuffisance de versement.
Article L. 245-6 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 245-6 modifié** **du code de la sécurité sociale**
La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.	La contribution est versée de manière provisionnelle le **1er juin** de l'année au titre de laquelle elle est due pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation intervient au **1er mars** de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.
Article L. 138-4 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 138-4 modifié** **du code de la sécurité sociale**
La contribution est versée de manière provisionnelle le 1er septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante	La contribution est versée de manière provisionnelle le **1er juin** de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au **1er mars** de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé **au cours de** l'année civile ~~et déclaré le 15 février de l'année suivante~~
Article L. 138-12 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 138-12 modifié** **du code de la sécurité sociale**
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. 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	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. 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. 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 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 138-10 est due, multiplié par le montant total de ladite part. 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. 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. 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.	redevables, multiplié par le montant total de ladite part. 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. 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. 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. 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.
Article L. 138-13 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 138-12 modifié** **du code de la sécurité sociale**
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 30 juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due. 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 30 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 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ce montant est régularisé le 30 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 décembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.	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. ~~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 30 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 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ce montant est régularisé le 30 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 décembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.~~ **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.
Article L. 245-5-1 A actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 245-5-1 A modifié** **du code de la sécurité sociale**
La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1er juin de chaque année et, pour le solde, au plus tard le 1er décembre de chaque année.	La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1er juin de chaque année et, pour le solde, au plus tard le **1er mars de l'année suivante**.
Article L. 245-5-5 actuel **du code de la Sécurité sociale**	**Article L. 245-5-5 modifié** **du code de la Sécurité sociale**
La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1er juin de chaque année et, pour le solde, au plus tard le 1er décembre de chaque année.	La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1er juin de chaque année et, pour le solde, au plus tard le **1er mars de l'année suivante.**

ARTICLE 25

FIXATION DU TAUX K DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE POUR 2013

I. Présentation de la mesure

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

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

Les entreprises sont exonérées de ce dispositif quand elles signent une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). Elles doivent alors accepter certaines baisses de prix et payer des remises quantitatives - remises conventionnelles dites « par agrégats » - qui sont globalement égales au montant théorique de la clause de sauvegarde.

L'assiette de la contribution est toujours collective. Elle consiste en la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville de l'ensemble des entreprises du secteur qui dépasse un certain seuil déterminé en appliquant le taux de croissance cible, taux K, au chiffre d'affaires de l'année précédente. Sont exonérés les médicaments orphelins, à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires annuel dépasse 30 M€.

La contribution concerne le chiffre d'affaire des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables (depuis 2005) par les établissements hospitaliers. Depuis 2010, le périmètre de la régulation est étendu à tous les produits utilisés à l'hôpital (hors GHS), impliquant ainsi une extension aux médicaments de la liste en sus.

Le taux K était fixé à 1 % de 2005 à 2007 puis à 1,4 % en 2008 et 2009, à 1 % en 2010 et à 0,5 % en 2011 et 2012.

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

La mesure consiste à fixer le taux K à 0,4 % pour l'année 2013.

Cette mesure permet à titre principal de sécuriser les objectifs de maîtrise de la dépense de médicaments, qui s'établissent en 2013 à un niveau exigeant.

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

La mesure relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base (3° du B du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes. (1° du B du V du même article).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des états membres ;

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure est non codifiée (elle concerne la seule année 2013).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
CNAMTS		10			

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

Modalités du chiffrage de l'impact :

Compte tenu du fait que la quasi-totalité des laboratoires ont conclu une convention avec le CEPS, la clause de sauvegarde a pour principal effet de conduire les entreprises à verser des remises conventionnelles par agrégats, calculées selon le taux K :

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

Dans l'hypothèse d'une croissance du CAHT des médicaments remboursables de 0.5 % en 2013, le rendement de la clause de sauvegarde s'établirait à 10 M€ sous forme de remises venant en déduction des dépenses d'assurance maladie de l'année.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

L'impact économique de la mesure est supporté par les laboratoires pharmaceutiques assujettis au système de remise prévu par l'accord, dont ils acceptent le principe (contribution à la maîtrise des dépenses) en tant que signataires d'une convention avec le CEPS.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Le produit de cette mesure sera recouvré par les URSSAF de Paris-Ile de France et du Rhône.

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

Sans impact, le dispositif étant en place depuis de nombreuses années.

d) impact budgétaire

Sans impact

e) impact sur l'emploi

Sans impact

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

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

Aucun texte n'est à prévoir.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Janvier 2013. Le dispositif de recouvrement est prévu par l'article L.138-13 du code de la sécurité sociale.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Notice explicative mise à la disposition des laboratoires pharmaceutiques.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

ARTICLE 33

REFORME DU FINANCEMENT DE LA GESTION ADMINISTRATIVE, DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE ET DU CONTROLE MEDICAL DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

I. Présentation de la mesure

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

Les origines mutualistes des régimes de protection sociale agricole sont encore visibles dans le financement de leur gestion administrative, du contrôle médical et l'action sociale qui fait exception au principe général retenu pour les autres régimes de sécurité sociale pour lesquels les dépenses de gestion administrative, dans la limite du plafond autorisé par la COG, sont financées à l'euro près par un prélèvement sur les recettes.

Les cotisations sociales agricoles comprennent distinctement :

- des cotisations techniques qui sont dédiées à la couverture des prestations servies auprès des ressortissants du régime agricole ;
- des cotisations complémentaires qui financent les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale (ASS), mais aussi les charges liées au non recouvrement des cotisations.

Dans le passé, l'autonomie des caisses locales de MSA leur permettait de moduler les cotisations qu'elles appelaient. Depuis 1999, la totalité des cotisations complémentaires est centralisée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour être ensuite redistribuée aux caisses locales de MSA sous forme de dotations de gestion, calculées selon les critères du règlement de financement institutionnel (RFI) de la MSA.

Dans les faits, et compte tenu des évolutions observées par ailleurs en faveur du financement des régimes agricoles et de la performance de la gestion du réseau, ce fonctionnement n'apparaît pas le plus adapté :

i) Il conduit à ce que les évolutions des recettes et des dépenses de gestion soient déconnectées, et ne permet pas dès lors de garantir l'adéquation nécessaire entre ces montants.

Le financement par des cotisations complémentaires procure en effet à la MSA des recettes de gestion qui varient comme le revenu professionnel et comme la masse salariale agricoles, alors que les dépenses de gestion relèvent d'enveloppes négociées dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG).

ii) Le mécanisme actuel peut produire des effets paradoxaux et peu équitables, dans un contexte marqué par l'adossement de nombreuses branches des régimes agricoles (toutes les branches – hors AT-MP – pour les salariés agricoles / les branches maladie et famille pour les exploitants agricoles) à leurs homologues du régime général ainsi que par la fiscalisation des ressources de la protection sociale agricole au nom de l'effort national en faveur de la préservation de celle-ci. Le système de cotisations complémentaires peut en effet conduire des branches à présenter des excédents de gestion alors qu'elles doivent faire appel par ailleurs aux solidarités inter-régimes et nationale pour couvrir leurs dépenses de prestations.

iii) Le système s'accompagne de la constitution et de l'existence de réserves financières au niveau des caisses locales, pour partie mobilisées pour la couverture des restes à recouvrer dont le dénouement s'opère comptablement et financièrement sur plusieurs années, qui ont pour effet d'augmenter le besoin de trésorerie de la caisse centrale dans un contexte de resserrement de l'accès au crédit. Cette organisation pourrait être plus efficiente, d'autant que l'existence de réserves ne conduit pas actuellement à majorer les enveloppes de dépenses autorisées par la COG.

iv) Comme l'a souligné la Cour des comptes, ce mode de gestion rend moins transparent le suivi de la gestion de l'ensemble du réseau de la MSA : les résultats de gestion positifs des branches maladie,

famille et vieillesse du régime des salariés agricoles masquent les déficits des branches homologues du régime des non-salariés.

Pour toutes ces raisons, dans un contexte où la gestion du réseau a été réformée pour une meilleure performance et plus d'équité entre territoires, la réforme du financement de la MSA constitue une question récurrente depuis plus de dix ans. Les évolutions législatives récentes lui ont donné une acuité supplémentaire. Le système a en effet montré ses limites au moment de la suppression, en application de la LFSS pour 2011, de la compensation des allègements généraux de cotisations sociales. L'affectation à titre définitif à la CCMSA d'une part des droits de consommation sur les tabacs s'est effectivement traduite, compte tenu de la vocation de cette ressource fiscale à financer des dépenses de prestations, par un sous-financement important de la section administrative[34].

Par ailleurs, il convient de noter que le financement de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles repose, pour plus de 100 M€ chaque année, sur un transfert de compensation en provenance du régime général qui a été défini dans ses contours à la fin des années 1970, alors que la branche AT-MP du régime des salariés agricoles rencontrait de très sérieuses difficultés de financement. Sa participation au Fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA), au titre des rentes d'accidents survenus avant le 1er juillet 1973, représentait plus de 60 % de son budget technique. Cette charge importante était en outre aggravée par la dégradation de la situation démographique du régime. En conséquence, afin d'alléger le poids excessif des cotisations AT-MP, il a été décidé d'instaurer une compensation entre le régime général et celui des salariés agricoles, celle-ci étant cependant limitée aux charges liées aux rentes.

Il est proposé de rationaliser ce dispositif qui a aujourd'hui plus de 30 ans et repose sur une mécanique complexe de calcul, afin de tenir compte du fait que l'alignement des règles prévalant pour le régime général et le régime des salariés agricoles compte désormais comme un acquis en faveur de la pérennisation du financement de ce dernier, et de relations financières assainies. Cette proposition s'inscrit dans le mouvement plus général lancé ces dernières années en faveur du réexamen des différents dispositifs de compensation inter-régimes qui reposent pour la plupart sur des règles anciennes et complexes.

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

Mesure proposée :

Le schéma de réforme du financement de la gestion administrative revêt différents aspects :

- alignement des modalités de financement de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sociale des régimes agricoles sur celui des autres régimes : il s'agit là de garantir la couverture de l'ensemble de ces dépenses, dans le plafond limitatif fixé par la COG, par un prélèvement sur les recettes des régimes, la partition des cotisations n'ayant dès lors plus d'utilité. Les charges de gestion des différentes branches des différents régimes pourront ainsi être directement imputées sur leurs ressources respectives et être intégrées, pour les branches adossées au régime général, dans le mécanisme d'équilibrage à l'instar des dépenses de prestations.

Cette réforme garantit une prise en charge pérenne des moyens de fonctionnement du réseau de la MSA. Elle permet un financement de la gestion au meilleur coût et une meilleure affectation des ressources.

- centralisation de la trésorerie du réseau au niveau de la caisse centrale : dans le système cible, les caisses locales bénéficieront d'un droit de tirage sur la trésorerie gérée au niveau central. Dans ces conditions, les réserves constituées à l'échelon local et ayant une contrepartie en trésorerie seront « remontées » au niveau central.

- ces évolutions auront pour corollaire l'abandon du principe dénommé de financement "à l'émission" - lequel consistait pour la caisse locale à remonter à la caisse centrale le montant des cotisations émises, et non le montant de celles effectivement recouvrées. Les restes à recouvrer de cotisations ne seront plus financés par la constitution de réserves en local mais seront à la charge du niveau national ces opérations comptables devenant sans impact sur les circuits purement de trésorerie.

[34] Jusque là, les recettes de compensation étaient considérées de même nature que les cotisations sociales, et étaient mobilisées partiellement pour le financement de la gestion administrative.

Le présent article prévoit une entrée en vigueur au 1er janvier 2014 de l'ensemble de ces modifications, afin de laisser le temps nécessaire aux services concernés de préparer leur mise en œuvre opérationnelle.

Par ailleurs, le mécanisme de compensation entre la branche AT-MP des salariés agricoles et celle du régime général s'agissant des rentes sera rationalisé à compter de l'exercice 2012. Un coefficient de réduction était appliqué au solde de compensation brut depuis la création du mécanisme, afin de favoriser la réduction de l'écart de taux de cotisations entre le régime des salariés agricoles et le régime général (pour les branches famille, maladie et vieillesse). Or ces taux de cotisations sont harmonisés depuis 1994. Le maintien du coefficient est source de complexité et résulte d'une interprétation extensive des textes, visant à prendre en compte des exonérations de cotisations plus favorables pour le régime des salariés agricoles. Le recentrage de celles-ci, notamment s'agissant du dispositif sur les travailleurs occasionnels – demandeurs d'emploi, conduira en tout état de cause à limiter ce constat. Ce coefficient de réduction est donc supprimé.

Autres options possibles :

En l'absence de réforme, la MSA serait contrainte de financer son déficit de gestion en imputant ce dernier sur ses réserves. Cette option ne pourrait néanmoins qu'être transitoire, dans la mesure où elle ne permet que de repousser le problème jusqu'à l'épuisement complet des réserves de la MSA.

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

Les dispositions du présent article ont un effet sur les recettes et l'équilibre financier des régimes de base agricoles pour les années 2014 et suivantes. Elles portent également sur la trésorerie des organismes de la mutualité sociale agricole. Elles prennent place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu des 2° et 4° 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure ne concerne que le fonctionnement interne du réseau de la MSA. Elle sera parfaitement transparente tant pour les ressortissants du régime que pour les employeurs. En particulier, elle ne modifie pas l'effort contributif des exploitants agricoles et n'aura aucun impact sur les aides devant faire l'objet d'une notification auprès de la Commission Européenne. Elle ne pose donc aucun problème d'articulation avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Oui.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les références aux cotisations et aux dépenses complémentaires sont supprimées du code rural et de la pêche maritime et du code de la sécurité sociale ainsi que les conséquences de ces ajustements tirées sur les mécanismes d'équilibrage par le régime général :

- articles L. 731-2 et L. 731-3 du CRPM (ressources des branches du régime des non-salariés agricoles) ;
- article L. 731-10, L. 731-13 et L. 731-38 du CRPM (cotisations des non-salariés, exonérations)
- article L. 731-45 du CRPM (ressources de l'AMEXA, abrogation de la ristourne CSG)
- articles L. 741-1 du CRPM (cotisations des salariés agricoles)
- article L. 726-2 (financement du FAMEXA)
- articles L. 762-11, L. 762-12, L. 762-21, L. 762-24 et L. 762-33 du CRPM (dispositions relatives à l'outre-mer)
- articles L. 134-6 et L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale (relations financières entre le régime général et les régimes agricoles)
- article L. 241-6 du code de la sécurité sociale (financement des prestations familiales)

L'article L. 134-9 du code de la sécurité sociale est également supprimé en vue de la rationalisation du mécanisme de transfert de compensation entre la branche AT-MP du régime des salariés agricoles et son homologue du régime général.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

*** Réforme du financement de la gestion administrative :**

La mesure est financièrement neutre si on considère tous les régimes obligatoires de base de sécurité sociale : la rationalisation des transferts entre le régime général et le régime agricole sera à somme nulle.

Pour les branches adossées au régime général, la réforme conduira à diminuer le montant des charges à couvrir par ce dernier de 4 M€ environ, en tenant compte de l'excédent prévisionnel de gestion des branches financièrement intégrées au régime général pour l'exercice 2013.

S'agissant des branches non adossées au régime général, la réforme n'aura pas d'impact sur leur solde.

La centralisation de la trésorerie associée aux réserves locales sera retracée en opération de bilan, mais n'aura aucun impact sur le compte de résultat des régimes.

*** Réforme de la compensation AT/MP :**

Le toilettage des dispositions relatives au calcul du transfert de compensation s'agissant du risque AT-MP conduira à majorer les transferts du régime général d'environ 4 M€ chaque année, ce qui aura symétriquement un effet favorable sur les comptes du régime des salariés agricoles.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)**				
	2012 (rectificatif)	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***
Réforme du financement de la gestion administrative					
Tous régimes			0	0	0
dont régime général			+ 4	+ 4	+ 4
dont MSA – branches adossées			- 4	- 4	- 4
dont MSA – branches non adossées			0	0	0
Réforme de la compensation AT-MP					
Régime général	- 4	- 4	- 4	- 4	- 4
Régime des salariés agricoles	+ 4	+ 4	+ 4 M€	+ 4	+ 4

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun, la réforme étant sans impact sur le niveau global des cotisations acquittées par les redevables.

b) impacts sociaux

Aucun, la réforme étant sans impact sur le niveau global des cotisations acquittées par les redevables.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Bien que neutre financièrement, la réforme proposée aura pour conséquence de modifier les relations financières entre les caisses locales de MSA et la caisse centrale ainsi que les relations entre la MSA et les financeurs des régimes (ACOSS, CCMSA).

La centralisation de la trésorerie et le financement de l'activité au jour le jour

La centralisation de la trésorerie est la conséquence directe du nouveau mode de financement. En effet, une trésorerie et un fonds de roulement n'étaient nécessaires aux caisses locales qu'en raison des aléas des rentrées de cotisations.

L'activité des caisses locales sera financée au jour le jour. Ainsi les comptes bancaires des caisses locales seront à zéro au terme de chaque journée de liquidation.

Un mécanisme dit de « cash-pooling » permettra une optimisation de la gestion de la trésorerie pour tout le réseau.

La modification de la comptabilisation des cotisations

Actuellement, la différence entre les cotisations émises et les cotisations encaissées est prise en charge par les caisses locales.

Les cotisations émises par une caisse de MSA sont remontées au régime, et donc à la caisse centrale, à la fin de l'exercice, qu'elles aient été encaissées ou non. Les cotisations non encaissées apparaissent au bilan de la caisse de MSA et trouvent leur contrepartie au passif dans la part technique de la réserve générale.

Ce mode de fonctionnement est une particularité du réseau MSA par rapport aux autres régimes.

Toutefois, il ne trouve sa justification que si les caisses locales sont financées par des ressources locales. Cela ne sera plus le cas après la mise en place de la réforme proposée. Il est donc proposé que les caisses locales de MSA adoptent une comptabilisation des cotisations identique aux autres régimes de protection sociale disposant de réseaux.

L'évolution du Fonds de solidarité des crises agricoles

Créé par la mutualité sociale agricole en juin 2001, le Fonds de Solidarité des Crises Agricoles (FSCA) est destiné à venir en aide aux agriculteurs victimes de crises sectorielles et conjoncturelles en leur accordant des échéanciers de paiement pour leurs cotisations sociales. Il est financé par une mobilisation collective des disponibilités des caisses de mutualité sociale agricole (MSA).

Son existence, en tant que fonds, ne se justifie que dans le contexte du mode actuel de comptabilisation des cotisations qui ne permet à une caisse de MSA d'accorder un échéancier de paiement à un agriculteur en difficulté que s'il existe une ressource pour le financer.

Dans la perspective de l'adoption d'un dispositif séparant les circuits de trésorerie et les enregistrements comptables des produits et charges du recouvrement, l'existence d'un fonds pour financer des échéanciers de paiement ne semble plus nécessaire : des autorisations données aux caisses permettraient d'accorder ces échéanciers et de différer la remontée des cotisations afférentes aux financeurs.

A l'avenir, le montant total des encours d'échéanciers pouvant être accordés au titre des crises agricoles sera fixé par la convention d'objectifs et de gestion en le maintenant à son niveau actuel (avenant à cette convention à intervenir). Le fonctionnement actuel de l'allocation des enveloppes aux caisses sera conservé et consacré au plan réglementaire (modification de l'article D 723-232 du code rural et de la pêche maritime). Comme auparavant, le conseil central d'administration fixera des enveloppes par crise réparties entre les caisses, les décisions du conseil d'administration de la CCMSA seront soumises à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture.

La réforme ne retire donc aucun pouvoir aux administrateurs du régime dans ce domaine. Elle change seulement la partie « back office » de sa gestion.

Les activités annexes

La MSA exerce des activités n'entrant pas directement dans le champ de la protection sociale de base mais s'inscrivant néanmoins dans la continuité de ses missions de service public (appel et recouvrement de cotisations ; gestion de prestations complémentaires pour le compte d'organismes comme le groupe AGRICA, *via* la conclusion de conventions de gestion).

Les excédents de gestion des activités annexes ne peuvent actuellement pas être utilisés, en raison du cadrage des dépenses inscrit dans la COG.

Il sera permis aux caisses de MSA de réutiliser les bénéfices ainsi générés en sus des plafonds de dépense fixés par la COG. Cette réutilisation associera :

- un mécanisme comptable sous la forme d'une réserve gérée par la caisse centrale ;
- un mécanisme budgétaire avec des crédits spécifiques pouvant être réutilisés sur toute la durée de la COG.

Cette évolution est particulièrement importante aux yeux des élus. Un avenant à la COG a déjà été signé en vue de mettre en place le mécanisme budgétaire. Le mécanisme comptable nécessitera de modifier le fonctionnement des réserves (cf. le point suivant).

Impact sur les réserves de la MSA

Conformément à l'article D723-229 du CRPM, les réserves actuelles de la MSA se décomposent de la manière suivante (montants au 31/12/2011) :

- une réserve d'immobilisation (718,3 M€) qui trouve intégralement sa contrepartie dans les immobilisations à l'actif, ce qui signifie qu'elle n'est pas mobilisable. Son existence ne sera pas remise en cause. Il convient toutefois de noter que cette réserve comprend aussi les avances affectées au FSCA par les caisses (105,7 M€). L'évolution du FSCA aura donc pour effet de faire baisser son niveau ;
- une réserve générale (657,4 M€) qui se décompose en :
  - une part technique (502,6 M€) qui en vertu du principe de la comptabilité à l'émission représente la contrepartie des créances des cotisants à l'égard des cotisants et des prestataires. Elle devient sans objet en raison du passage à une comptabilité à l'encaissement ;
  - une part gestion qui correspond à 2 mois de charges de gestion. Son montant réglementaire n'est pas intégralement couvert au niveau du réseau (154,8 M€ pour un montant théorique de 202,1 M€). Le passage à une trésorerie journalière rendra cette réserve sans objet ;
- une réserve de solidarité (182,9 M€) constituée des excédents de gestion des caisses ne pouvant être affectés aux précédentes réserves. Elle sert principalement à attribuer les avances au FSCA et à financer des investissements immobiliers ou des projets institutionnels locaux. La réserve de solidarité correspond à l'actif à de la trésorerie. Elle devient elle aussi obsolète dans le cadre de la réforme envisagée.

Les deux composantes de la réserve générale ainsi que la réserve de solidarité ont donc vocation à disparaître. En échange, une réserve générale unique gérée au niveau de la Caisse centrale de la MSA sera conservée afin de reclasser en son sein les réserves supprimées dont la propriété sera transférée. Elle est également destinée à recevoir les excédents de gestion des activités annexes.

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

La réforme, qui n'entrera en vigueur qu'au 1er janvier 2014, nécessitera des travaux d'adaptation sur les plans financiers et comptables, ainsi que s'agissant du pilotage du réseau des caisses locales.

d) impact budgétaire

La réforme sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La réforme sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

Les dispositions relatives à la gestion financière des caisses devront être revues (articles D723-229 à D723-238 du CRPM). Cette partie comprend notamment la définition des réserves réglementées et le Fonds de solidarité des crises agricoles (FSCA).

De plus, l'article D.134-46 du CSS relatif au coefficient de réduction appliqué à la compensation AT-MP des salariés agricoles devra être abrogé.

Les textes nécessaires seront publiés courant 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

La réforme doit entrer en vigueur au 1er janvier 2014. En 2012 et en 2013, la MSA financera ses déficits de gestion sur ses réserves.

En 2012, ce financement sera réalisé dans les conditions de l'actuel règlement de financement institutionnel (RFI) en mobilisant la réserve de solidarité. En 2013, il sera nécessaire de prélever également la réserve générale.

La MSA devra de son côté adapter son outil informatique et ses opérations comptables et modifier son règlement de financement institutionnel (RFI) avant le 1er janvier 2014.

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

Les caisses bénéficieront d'un délai jusqu'au 1er janvier 2014 pour s'adapter aux nouvelles normes de fonctionnement.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses locales de la MSA informeront les cotisants de la réforme.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 723-11 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 723-11 modifié du code rural et de la pêche maritime**
La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions :	La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions :
1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ;	1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ;
2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment :	2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment :
a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ;	a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ;
b) En mettant en oeuvre des traitements automatisés permettant d'identifier sur le plan national les bénéficiaires des régimes de protection sociale agricole et de centraliser les informations nécessaires à la détermination des prestations dues aux assurés ;	b) En mettant en oeuvre des traitements automatisés permettant d'identifier sur le plan national les bénéficiaires des régimes de protection sociale agricole et de centraliser les informations nécessaires à la détermination des prestations dues aux assurés ;
c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole ;	c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole ;
d) En passant des conventions dans les matières	d) En passant des conventions dans les matières

et avec les organismes définis aux articles L. 723-7, L. 723-8 et L. 723-9 qui, lorsqu'elles ont été approuvées par le ministre chargé de l'agriculture, sont applicables de droit dans l'ensemble des organismes de Mutualité sociale agricole ; 3° D'assurer la gestion de risques ou de fonds dans les cas prévus par la législation ; 4° De gérer les opérations de compensation en matière de gestion, d'action sanitaire et sociale et de contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole ; 5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ; 6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ; 7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ; 8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ; 9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en oeuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ; 10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ; 11° De mettre en oeuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations.	et avec les organismes définis aux articles L. 723-7, L. 723-8 et L. 723-9 qui, lorsqu'elles ont été approuvées par le ministre chargé de l'agriculture, sont applicables de droit dans l'ensemble des organismes de Mutualité sociale agricole ; 3° **D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ;** 4° De gérer les opérations de compensation en matière de gestion, d'action sanitaire et sociale et de contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole ; 5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ; 6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ; 7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ; 8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ; 9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en oeuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ; 10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ; 11° De mettre en oeuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations. **12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 ainsi que celle des groupements mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-14. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret.**

Article L. 726-2 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 726-2 modifié du code rural et de la pêche maritime
Il est créé un fonds spécial d'action sociale destiné à promouvoir et à développer une action sociale en faveur de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, invalidité, maternité des non-salariés et, particulièrement, des plus défavorisés. Ce fonds, géré par la mutualité sociale agricole, est administré par un comité national et des comités départementaux d'action sociale où sont représentés exclusivement les organismes et assureurs compte tenu du nombre de leurs adhérents. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article et notamment la part des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 731-10 affectée au financement du fonds spécial, les diverses catégories de prestations supplémentaires pouvant être allouées, les règles de fonctionnement du fonds spécial, la composition et le rôle du comité national et des comités départementaux.	Il est créé un fonds spécial d'action sociale destiné à promouvoir et à développer une action sociale en faveur de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, invalidité, maternité des non-salariés et, particulièrement, des plus défavorisés. Ce fonds, géré par la mutualité sociale agricole, est administré par un comité national et des comités départementaux d'action sociale où sont représentés exclusivement les organismes et assureurs compte tenu du nombre de leurs adhérents. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article~~ et notamment la part des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 731-10 affectée au financement du fonds spécial, les diverses catégories de prestations supplémentaires pouvant être allouées, les règles de fonctionnement du fonds spécial, la composition et le rôle du comité national et des comités départementaux~~.
Article L. 731-2 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 731-2 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par : 1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ; […]	Le financement des **assurances maladie** ~~prestations d'assurance maladie~~, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, ~~à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10,~~ est assuré par : 1° **Les cotisations dues par les assujettis** ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ; […]
Article L. 731-3 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 731-3 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Le financement des prestations d'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par : 1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles ;	Le financement ~~des prestations d~~ **de l'**assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles~~, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10,~~ est assuré par : 1**° Les cotisations dues par les assujettis** ;

2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; […]	2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; […]
Article L. 731-10 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 731-10 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Les cotisations à la charge des assujettis aux prestations familiales et aux assurances maladie, invalidité, maternité, vieillesse et veuvage des non-salariés des professions agricoles sont assises et perçues par les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30. Elles sont affectées pour partie au service des prestations et pour partie aux dépenses complémentaires qui comprennent, notamment, les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale. Un décret fixe les conditions dans lesquelles sont déterminées les cotisations affectées aux dépenses complémentaires au titre des différentes branches du régime des non-salariés mentionnées à l'alinéa ci-dessus.	Les cotisations à la charge des assujettis aux prestations familiales et aux assurances maladie, invalidité, maternité, vieillesse et veuvage des non-salariés des professions agricoles sont assises et perçues par les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30. ~~Elles sont affectées pour partie au service des prestations et pour partie aux dépenses complémentaires qui comprennent, notamment, les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale.~~ **Le taux de ces cotisations est fixé par décret.** ~~Un décret fixe les conditions dans lesquelles sont déterminées les cotisations affectées aux dépenses complémentaires au titre des différentes branches du régime des non-salariés mentionnées à l'alinéa ci-dessus.~~
Article L. 731-13 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 731-13 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficient d'une exonération partielle des cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise. Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge. Pour l'année 2009, cette exonération est applicable une année supplémentaire aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour	Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficient d'une exonération partielle des cotisations ~~techniques et complémentaires~~ d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise. Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge. ~~Pour l'année 2009, cette exonération est applicable une année supplémentaire aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour~~

lesquels la cinquième année civile d'exonération s'est terminée le 31 décembre 2008. Les taux d'exonération, le plafond des exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont redevables sont déterminés par décret.	~~lesquels la cinquième année civile d'exonération s'est terminée le 31 décembre 2008.~~ Les taux d'exonération, le plafond des exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont redevables sont déterminés par décret.
Article L. 731-38 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 731-38 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Les cotisations dues pour les personnes mentionnées au 6° de l'article L. 722-10, pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, sont intégralement à la charge des organismes assureurs débiteurs des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002. Les personnes mentionnées au 7° de l'article L. 722-10 sont exonérées de cotisations au titre des rentes visées à l'article L. 752-6.	Les cotisations dues pour les personnes mentionnées au 6° de l'article L. 722-10, ~~pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes~~, sont intégralement à la charge des organismes assureurs débiteurs des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002. Les personnes mentionnées au 7° de l'article L. 722-10 sont exonérées de cotisations au titre des rentes visées à l'article L. 752-6.
Article L. 731-45 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 731-45 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Les ressources des assurances maladie, maternité et invalidité garantissant les personnes mentionnées du 1° au 5° de l'article L. 722-10 sont notamment constituées par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. A compter de 2002, au sein de la part versée au régime d'assurance maladie des exploitations agricoles en application de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, un prélèvement sur le produit de la contribution sociale généralisée est affecté à la gestion des caisses de la mutualité sociale agricole et des organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 du présent code. Le montant du prélèvement est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et du budget, dans la limite de 31 M€.	Les ressources des assurances maladie, maternité et invalidité garantissant les personnes mentionnées du 1° au 5° de l'article L. 722-10 sont notamment constituées par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. ~~A compter de 2002, au sein de la part versée au régime d'assurance maladie des exploitations agricoles en application de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, un prélèvement sur le produit de la contribution sociale généralisée est affecté à la gestion des caisses de la mutualité sociale agricole et des organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 du présent code. Le montant du prélèvement est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et du budget, dans la limite de 31 M€.~~
Article L. 741-1 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 741-1 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Les cotisations dues au titre des prestations familiales et des assurances sociales pour l'emploi de salariés agricoles peuvent être calculées par les caisses de mutualité sociale agricole qui les recouvrent dans des conditions déterminées par décret. Elles sont affectées pour partie au service des prestations et pour partie aux dépenses complémentaires qui comprennent, notamment, les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale.	Les cotisations dues au titre des prestations familiales et des assurances sociales pour l'emploi de salariés agricoles peuvent être calculées par les caisses de mutualité sociale agricole qui les recouvrent dans des conditions déterminées par décret. ~~Elles sont affectées pour partie au service des prestations et pour partie aux dépenses complémentaires qui comprennent, notamment, les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale.~~ **Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités**

Un décret fixe les conditions dans lesquelles sont déterminées les cotisations affectées aux dépenses complémentaires au titre des différentes branches du régime des salariés.	**prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret.** ~~Un décret fixe les conditions dans lesquelles sont déterminées les cotisations affectées aux dépenses complémentaires au titre des différentes branches du régime des salariés.~~
Article L. 762-11 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 762-11 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations prévues à l'article L. 762-9 sont majorées pour la couverture des frais de gestion et pour le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale.	Abrogé.
Article L. 762-12 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 762-12 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Un décret fixe les conditions dans lesquelles est assurée la couverture par chaque caisse des dépenses résultant de l'application de la présente section. Il précise notamment les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition des caisses par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les sommes nécessaires au règlement des prestations prévues à l'article L. 762-6, ainsi que les conditions dans lesquelles sont assurés la couverture des frais de gestion exposés par les caisses et le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale.	Un décret fixe les conditions dans lesquelles est assurée la couverture par chaque caisse ~~des dépenses~~ **de l'ensemble des charges** résultant de l'application de la présente section**.** Il précise notamment les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition des caisses par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les sommes nécessaires ~~au règlement des prestations prévues à l'article L. 762-6, ainsi que les conditions dans lesquelles sont assurés la couverture des frais de gestion exposés par les caisses et le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale.~~ **à la couverture de ces charges.**
Article L. 762-21 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 762-21 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Le montant des cotisations dues pour la couverture des risques obligatoirement assurés en application de la présente section ainsi que leurs modalités d'appel et d'exigibilité sont fixés par décret. Le même décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations sont majorées pour la couverture des frais de gestion et d'action sociale. Dans le bail à métayage, la cotisation est partagée entre le preneur et le bailleur dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 762-33 pour le partage de la cotisation cadastrale de l'assurance vieillesse. L'assiette des cotisations dues par les associés exploitants d'une exploitation agricole à responsabilité limitée constituée en application de l'article L. 324-1 est répartie entre les associés exploitants dans les conditions prévues à l'article L. 731-26.	Le montant des cotisations dues pour la couverture des risques obligatoirement assurés en application de la présente section ainsi que leurs modalités d'appel et d'exigibilité sont fixés par décret. ~~Le même décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations sont majorées pour la couverture des frais de gestion et d'action sociale.~~ Dans le bail à métayage, la cotisation est partagée entre le preneur et le bailleur dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 762-33 pour le partage de la cotisation cadastrale de l'assurance vieillesse. L'assiette des cotisations dues par les associés exploitants d'une exploitation agricole à responsabilité limitée constituée en application de l'article L. 324-1 est répartie entre les associés exploitants dans les conditions prévues à l'article L. 731-26.

Article L. 762-24 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 762-24 modifié du code rural et de la pêche maritime
Un décret fixe les conditions dans lesquelles est assurée la couverture par chaque caisse des dépenses résultant de l'application de la présente section. Il précise notamment les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition des caisses par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les sommes nécessaires au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses.	Un décret fixe les conditions dans lesquelles est assurée la couverture par chaque caisse ~~des dépenses~~ **de l'ensemble des charges** résultant de l'application de la présente section. **.** Il précise notamment les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition des caisses par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les sommes nécessaires ~~au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses.~~ **à la couverture de ces charges.**
Article L. 762-33 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 762-33 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Le taux de la cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 est égal à la moitié du taux appliqué dans la métropole. Les modalités de calcul et les taux des cotisations prévues au 2° de l'article L. 731-42 sont fixés par décret. Les personnes morales de droit privé exploitant des terres sont assujetties au paiement de cette cotisation. Dans le bail à métayage, le preneur et le bailleur sont tenus l'un et l'autre au paiement de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article ; la cotisation prévue au deuxième alinéa est partagée entre eux selon une proportion fixée par décret. Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations sont majorées pour la couverture des frais de gestion.	~~Le taux de la cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 est égal à la moitié du taux appliqué dans la métropole.~~ **La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation.** Les modalités de calcul et les taux des cotisations prévues au 2° de l'article L. 731-42 sont fixés par décret. Les personnes morales de droit privé exploitant des terres sont assujetties au paiement de cette cotisation. Dans le bail à métayage, le preneur et le bailleur sont tenus l'un et l'autre au paiement de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article ; la cotisation prévue au deuxième alinéa est partagée entre eux selon une proportion fixée par décret. ~~Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations sont majorées pour la couverture des frais de gestion.~~
Article L. 134-6 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 134-6 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Nonobstant toutes dispositions contraires, l'ensemble des prestations légales d'assurances sociales et d'allocations familiales servies aux salariés du régime agricole ainsi que les ressources destinées à la couverture de ces prestations sont retracées dans les comptes des caisses nationales du régime général, dans les conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat, sous réserve du maintien de la gestion des régimes sociaux agricoles par les caisses de la mutualité sociale agricole. Cette mesure ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole	~~Nonobstant toutes dispositions contraires, l'ensemble des prestations légales d'assurances sociales et d'allocations familiales servies aux salariés du régime agricole ainsi que les ressources destinées à la couverture de ces prestations sont retracées dans les comptes des caisses nationales du régime général, dans les conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat, sous réserve du maintien de la gestion des régimes sociaux agricoles par les caisses de la mutualité sociale agricole.~~ ~~Cette mesure ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole~~

de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles. Les ressources affectées aux prestations familiales servies aux salariés agricoles sont constituées par : 1°) une fraction, déterminée chaque année par voie réglementaire, des cotisations fixées à l'article 1062 du code rural destinées au service des prestations légales ; 2°) les versements du fonds national de surcompensation des prestations familiales au titre des salariés agricoles. Les ressources affectées aux assurances sociales des salariés agricoles s'entendent de : 1°) la fraction des cotisations mentionnées à l'article 1031 du code rural destinée au service des prestations légales ; 2°) les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-3-1 ainsi que les contributions du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.	~~de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles.~~ ~~Les ressources affectées aux prestations familiales servies aux salariés agricoles sont constituées par : 1°) une fraction, déterminée chaque année par voie réglementaire, des cotisations fixées à l'article 1062 du code rural destinées au service des prestations légales ;~~ ~~2°) les versements du fonds national de surcompensation des prestations familiales au titre des salariés agricoles.~~ ~~Les ressources affectées aux assurances sociales des salariés agricoles s'entendent de :~~ ~~1°) la fraction des cotisations mentionnées à l'article 1031 du code rural destinée au service des prestations légales ; 2°) les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-3-1 ainsi que les contributions du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.~~ **L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général qui en assurent l'équilibre financier.** **Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.** **Ces dispositions ne peuvent en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles.**
Article L. 134-9 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 134-9 modifié** **du code de la sécurité sociale**
La compensation prévue à l'article L. 134-7 du présent code sera mise en œuvre intégralement lorsque les taux globaux de cotisations dues au titre de l'emploi des travailleurs salariés agricoles pour les assurances maladie et vieillesse et pour les prestations familiales auront été harmonisés avec les taux de cotisations du régime général de sécurité sociale. Jusqu'à réalisation de cette harmonisation, les transferts de compensation à la charge du régime général de sécurité sociale seront calculés en tenant compte, au cours de chaque exercice annuel, de la réduction de l'écart existant au 30 juin 1977 entre les taux de cotisations mentionnés à l'alinéa précédent.	Abrogé.

Article L. 134-11-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 134-11-1 modifié du code de la sécurité sociale
La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace en solde, dans les comptes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, la différence entre les charges et les produits de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code. Un décret détermine les conditions d'application du présent article.	La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace en solde, dans les comptes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, la différence entre les charges et les produits de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime~~, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code~~. Un décret détermine les conditions d'application du présent article.
Article L. 241-6 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 241-6 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Les charges de prestations familiales sont couvertes par des cotisations, ressources et contributions centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses. Les cotisations et ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent : 1° Des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles ; des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ; ces cotisations proportionnelles et forfaitaires sont intégralement à la charge de l'employeur ; 2° des cotisations calculées en pourcentage des revenus professionnels pour les employeurs et travailleurs indépendants des professions non-agricoles, dans des conditions fixées par décret ; 3° des cotisations et ressources affectées aux prestations familiales des personnes salariées et non-salariées des régimes agricoles ;	~~Les charges de prestations familiales sont couvertes par des cotisations, ressources et contributions centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.~~ ~~Les cotisations et ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent :~~ **Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, et les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.** **Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au précédent alinéa comprennent :** 1° Des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles ; des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ; ces cotisations proportionnelles et forfaitaires sont intégralement à la charge de l'employeur ; 2° des cotisations calculées en pourcentage des revenus professionnels pour les employeurs et travailleurs indépendants des professions non-agricoles, dans des conditions fixées par décret ; **3°** ~~des cotisations et ressources affectées aux prestations familiales des personnes salariées et non-salariées des régimes agricoles~~ **des cotisations dues par les personnes salariées et non salariées des professions agricoles** ;

4° une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, L. 245-14 et L. 245-15, dans les conditions fixées aux articles L. 136-8 et L. 245-16 ;	4° une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, L. 245-14 et L. 245-15, dans les conditions fixées aux articles L. 136-8 et L. 245-16 ;
5° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;	5° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;
6° La taxe exceptionnelle sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;	6° La taxe exceptionnelle sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;
7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports ;	7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports ;
8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 du présent code, dans les conditions fixées par ce même article.	8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 du présent code, dans les conditions fixées par ce même article.

ARTICLE 34

TRESORERIE DU REGIME DES MINES ET AUTRES DISPOSITIONS

I. Présentation de la mesure

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

I. Le régime des mines se trouve actuellement dans une situation à risque s'agissant de la couverture de ses besoins de trésorerie, dont la gestion est assurée par la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM).

La trésorerie globale du régime minier présente en effet une situation structurellement dégradée, avec des besoins de financement fortement croissants depuis 2007. Traduisant cette évolution, le plafond d'emprunt fixé au régime en loi de financement de la sécurité sociale, en application des dispositions organiques du code de la sécurité sociale, a été relevé de 200 M€ en 2007 à 900 M€ en 2012, soit une augmentation de 700 M€ sur une période de cinq années.

Au-delà des effets en trésorerie liés aux décalages infra-annuels entre encaissements et décaissements pour l'ensemble des risques, cette situation problématique tient à ce que la branche maladie du régime enregistre des déficits récurrents (72 M€ prévus pour 2012), et ce en dépit d'un transfert de solidarité en provenance du régime général représentant plus de 75 % des ressources de la branche. Dans ces conditions, les besoins de financement se sont accumulés année après année jusqu'à mettre en cause la capacité de la CANSSM à en assurer l'intégrale couverture avec les moyens dont elle dispose.

La situation devient particulièrement critique à compter de l'exercice 2013, avec un besoin maximal prévisionnel d'environ 800 M€ qui dépasse les concours octroyés (limités à 650 M€ en 2012) par la Caisse des dépôts et consignations – partenaire bancaire historique de la Caisse des mines.

Dans un contexte général de raréfaction des concours bancaires consentis aux organismes de sécurité sociale, le régime des mines – régime en extinction et à la situation financière structurellement dégradée – ne parvient pas à diversifier son réseau de partenaires. La question de la capacité de la CANSSM à assurer à compter de l'exercice 2013 le service de l'ensemble des prestations dues aux assurés est ainsi posée.

II. L'année 2012 sera marquée par la mise en œuvre, en application des dispositions conventionnelles organisant pour la période 2011-2014 les relations entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts, d'un projet de refonte des mécanismes d'alimentation en trésorerie des caisses locales du régime général à partir du compte central de l'ACOSS tenu par la Caisse des dépôts. Ce projet, qui a recueilli l'avis favorable des conseils de l'ensemble des parties prenantes, permettra de mettre un terme à l'actuel fonctionnement de droit de tirage des caisses locales sur l'ACOSS qui repose à l'échelon local sur une mécanique assez complexe et coûteuse mobilisant encore des techniques manuelles de transmission des demandes de trésorerie par fax. Dans l'organisation cible, l'ACOSS consolidera au siège dans un fichier central l'ensemble des demandes qui lui seront désormais adressées par les organismes locaux via un système d'information dédié, et transmettra ce fichier à la Caisse des dépôts afin que les comptes bancaires des organismes soient directement crédités à hauteur des montants nécessaires au versement des prestations. Dans le même esprit, les remontées des encaissements des Urssaf au titre de leurs missions de recouvrement feront l'objet de procédures renouvelées.

Cette réforme, qui s'est accompagnée d'une clarification au niveau réglementaire des modalités organisationnelles de l'exercice par l'ACOSS de sa mission de gestion de la trésorerie commune des organismes du régime général prévue à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, conduit à ce que les dispositions prévues par l'article L. 255-2 du code de la sécurité sociale soient désormais inadaptées.

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

I. Financement du régime des mines

Mesure proposée :

Le présent article porte une mesure permettant de soulager le besoin de financement externe de la Caisse des mines sur l'année 2013 de façon à sécuriser le versement des prestations du régime.

L'ACOSS pourra, de façon dérogatoire à sa mission classique centrée sur la trésorerie du seul régime général, apporter son concours à la Caisse des mines, en complément de l'apport de la Caisse des dépôts et consignations. Ce concours ne pourra dépasser 250 M€, montant qui est à la fois cohérent avec le besoin prévisionnel de trésorerie pour 2013 et trouve un équivalent dans les actifs du régime des mines.

Les conditions de ces avances rémunérées (durée et tarif notamment), qui ne doivent en aucun cas constituer un coût pour le régime général, seront fixées par la voie conventionnelle, avec approbation des ministres de tutelle.

Il s'agit là d'une solution d'urgence apportée transitoirement au régime des mines qui entretient, pour la branche maladie, des relations financières très importantes avec la CNAM au titre des transferts de compensation « bilatérale » dont il bénéficie.

Ce schéma exceptionnel, qui conduira toutes choses égales par ailleurs à majorer le plafond de ressources non permanentes de l'ACOSS de 250 M€ alors même que l'Agence doit déjà faire face à des besoins relativement importants, n'a pas vocation à s'inscrire dans la durée. Au 1er janvier 2014 au plus tard, le relais devra être pris par des solutions de nature à assurer durablement le financement du régime. La réflexion en cours avec les partenaires sociaux sur l'avenir du régime et les conditions de mise en œuvre des réformes, qui s'inscrit dans le cadre du moratoire instauré sur les orientations fixées par le précédent Gouvernement, devra permettre de faire émerger des solutions en ce sens.

Autres options possibles :

Le régime des mines étant en difficulté pour négocier le concours d'autres partenaires bancaires, il est important de prévoir cette clause de sauvegarde *via* l'ACOSS.

II. Actualisation des dispositions législatives relatives à la trésorerie du régime général

Il est proposé, afin de tenir compte des évolutions intervenues à la faveur de la rationalisation des circuits associés à la gestion commune par l'ACOSS de la trésorerie des organismes du régime général, de supprimer les dispositions de l'article L. 255-2 qui sont désormais inadaptées. La remontée des fonds de l'ensemble des organismes du régime général (et pas seulement des Urssaf) est déjà prévue au niveau règlementaire.

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

Les dispositions proposées sont relatives à la trésorerie de régimes obligatoires de base de sécurité sociale et trouvent place à ce titre en troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 4° 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Aucune incompatibilité.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions associées à l'autorisation pour l'ACOSS de consentir un prêt à la Caisse des mines n'ont pas vocation à être codifiées au regard de leur caractère non pérenne.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les dispositions de l'article L. 255-2 du code de la sécurité sociale sont abrogées.

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

Sans objet.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'opération de prêt par l'ACOSS d'un montant maximal de 250 M€ à la Caisse des mines a vocation à être neutre financièrement pour le régime général, dans la mesure où elle donnera lieu à rémunération par la Caisse en compensation des charges financières engagées par l'ACOSS pour la mobilisation des sommes nécessaires au moyen de ses outils de financement.

Pour le régime des mines, le coût de l'opération est estimé à environ un million d'euros. Cette charge est néanmoins d'ores et déjà comptabilisée dans les comptes prévisionnels du régime, lesquels intègrent les intérêts financiers liés à la couverture des besoins tendanciels.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet, la mesure n'ayant aucun effet sur les droits et obligations des assurés.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure proposée implique pour l'ACOSS la mobilisation de sommes supplémentaires auprès de ses partenaires et sur les marchés financiers.

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

Le besoin supplémentaire de levée de fonds sera intégré par l'ACOSS dans son plan de financement 2013, sans que cela n'ait d'impact particulier sur sa charge administrative.

d) impact budgétaire

Aucun.

e) impact sur l'emploi

Aucun.

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

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

Les dispositions sont d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Le régime des mines et l'ACOSS devront fixer les conditions de leur partenariat financier dans une convention, laquelle devra être soumise aux ministres de tutelle pour approbation. Cette organisation sera mise en place d'ici le 1er janvier 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en oeuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

La mesure conduira à majorer le besoin moyen de financement de l'ACOSS à hauteur du montant de prêt qui sera fixé dans la convention signée entre la Caisse des mines et l'Agence, ce qui se traduira dans les données retracées dans le PQE « financement ».

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 255-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 255-2 modifié du code de la sécurité sociale
Les montants encaissés par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale sur leurs comptes spéciaux d'encaissement sont obligatoirement transférés par virement pour l'alimentation du compte unique de disponibilités courantes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Ces dispositions entrent en vigueur au 1er septembre 2000.	~~Les montants encaissés par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale sur leurs comptes spéciaux d'encaissement sont obligatoirement transférés par virement pour l'alimentation du compte unique de disponibilités courantes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Ces dispositions entrent en vigueur au 1er septembre 2000.~~

ARTICLE 35

ORGANISATION COMPTABLE DE LA CNSA,

ORGANISME FINANCANT ET GERANT DES DEPENSES RELEVANT DE L'ONDAM

I. Présentation de la mesure

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

Dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) récemment conclue avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Etat s'est engagé à clarifier les dispositions relatives à l'organisation comptable de la caisse pour prévoir une application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale et la nomination d'un commissaire aux comptes.

La nomination d'un commissaire aux comptes par la CNSA participe de l'extension progressive du champ de la certification des comptes des organismes du secteur public engagée depuis l'adoption de la LOLF, qui contribue directement à l'objectivation de leur situation financière et de leurs résultats et indirectement à l'appréciation de leur performance et de leur gestion.

Comme l'a mis en évidence un audit préparatoire à la certification effectué en 2011 à l'initiative de la caisse, l'absence de définition légale du référentiel de comptabilité générale applicable par la caisse constitue aujourd'hui un frein à la certification des comptes. En effet, l'instruction budgétaire et comptable M9-1 dont relève la caisse en application du décret portant règlement général de la comptabilité publique ne constitue pas à proprement parler un référentiel de comptabilité générale et il apparaît donc nécessaire de compléter les dispositions applicables à la CNSA à ce titre.

La CNSA étant un organisme finançant et gérant des dépenses relevant de l'ONDAM (16 Md en 2012), le choix d'une application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale a été privilégié par cohérence avec les règles appliquées par les régimes d'assurance maladie dont elle retrace dans ses comptes une partie des dépenses.

Une intervention du législateur apparaît nécessaire pour compléter les dispositions applicables à la CNSA en matière comptable. En effet, du fait des missions qui lui ont été confiées (missions non préexistantes et non comparables), la CNSA constitue une catégorie d'établissement public national et a, à ce titre, été créée par la loi. En précisant que la CNSA est un établissement public national à caractère administratif, l'article L. 14-10-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) la soumet *ipso facto* aux règles de la comptabilité publique qui participent des règles constitutives d'un établissement public administratif. Déroger à ces règles ne peut donc être fait que par la loi. L'article R. 14-10-22 du CASF ne fait que confirmer le principe rappelé ci-dessus et ne peut par conséquent constituer le vecteur réglementaire prévoyant l'application du PCUOSS et la nomination d'un commissaire aux comptes.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée a pour objet de prévoir l'application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale et la nomination d'un commissaire aux comptes par la CNSA.

Autres options possibles :

La possibilité de nommer un commissaire aux comptes sur une base volontaire (sans fondement légal) a été examinée mais paraît devoir être écartée compte tenu des inconvénients et risques qu'elle présente (absence de disposition opposable à la caisse, affichage d'un moindre niveau d'exigence que pour des organismes de plus petite taille soumis à une obligation légale..).

En tout état de cause, une disposition législative est nécessaire pour prévoir l'application par la CNSA du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, celle-ci dérogeant aux règles applicables en matière comptable qui découlent de son statut.

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

La mesure proposée a pour objet d'étendre à la CNSA, en tant qu'organisme finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépense d'assurance maladie, les dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux régimes de base et au fonds de solidarité vieillesse relatives au référentiel comptable applicable (article L. 114-5) et à la nomination d'un commissaire aux comptes (article L. 114-8). Elle assure ainsi la nécessaire cohérence du système comptable entre les gestionnaires de l'ONDAM, caisses des régimes obligatoires de l'assurance maladie et CNSA. Elle permettra à la Cour des comptes, certificateur des comptes de la branche maladie du régime général de recevoir toutes les assurances nécessaires de la qualité des comptes de la CNSA, qui gère 16mds d'euros de crédits ONDAM en 2012. Elle complète la nécessaire démarche d'articulation des certifications des différents acteurs de la protection sociale organisée par les articles 46 de la LFSS pour 2011 et 43 de la LFSS pour 2012. Elle prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La nomination d'un commissaire aux comptes par la CNSA est en cohérence avec les dispositions de la directive européenne du 8 novembre 2011 sur les exigences applicables aux cadres budgétaires des Etats membres, qui prévoient que la comptabilité des organismes du secteur public est soumise à un audit indépendant.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure modifie les dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux régimes de base et au fonds de solidarité vieillesse relatives au référentiel comptable applicable (article L. 114-5) et à la nomination d'un commissaire aux comptes (article L. 114-8).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Sans objet.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Pas d'impact financier.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mise en place d'une certification des comptes se traduit principalement par un renforcement des procédures de contrôle interne, notamment financier et comptable. L'application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale ne devrait pas conduire à d'importants impacts, une part prépondérante des dépenses et recettes de la CNSA lui étant notifiée par des organismes appliquant ce plan comptable.

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

Impact faible.

d) impact budgétaire

La mesure sera appliquée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera appliquée avec les moyens disponibles.

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

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

Sans objet.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet.

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

Application prévue sur les comptes de l'exercice 2012 en accord avec la CNSA.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en oeuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Sans objet.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Art L114-5 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Art L114-5 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement appliquent un plan comptable unique fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement	Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement **et les organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie** appliquent un plan comptable unique fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement
Art L114-8 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Art L114-8 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.	Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes **et des organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie** sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.

ARTICLE 37

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE (PDSA)

I. Présentation de la mesure

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

La présente mesure vise à résoudre plusieurs situations identifiées dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la permanence des soins.

1) Les expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 44 de la LFSS pour 2008 prendront fin au 31 décembre 2012. La loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit en effet la possibilité de mettre en place des expérimentations de permanence des soins ambulatoire (PDSA) à compter du 1er janvier 2008 et pour une durée de 5 ans maximum, soit jusqu'au 1er janvier 2013. Cette habilitation prévoit que les missions régionales de santé volontaires prévues à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale fixent, par dérogation à l'article L. 162-5 du même code, le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins. A cette fin, les missions régionales de santé se voient déléguer les crédits nécessaires.

En 2008, les rémunérations des médecins participant à la PDSA étaient fixées par la convention médicale de 2005. Ces expérimentations avaient notamment pour objet de tester et de préparer le transfert de compétence entre la convention médicale et les futures ARS concernant la PDSA, transfert opéré en 2010 suite à la loi HPST.

Suite à un appel d'offre, deux régions ont été retenues : le Limousin et les Pays de la Loire.

En Limousin, l'expérimentation ne concerne que le seul département de Haute Vienne et la mission régionale de santé s'est vu confier une enveloppe de 2 367 000€ correspondant au coût des forfaits de régulation et d'astreinte normalement définis par la convention médicale. L'ARS était donc chargée de définir une nouvelle organisation et de nouvelles rémunérations forfaitaires pour les médecins dans le cadre d'un cahier des charges départemental. Il était convenu que les médecins continuent à percevoir les actes et les majorations conventionnels payés par l'assurance maladie.

Les Pays de la Loire se sont vu confier une enveloppe annuelle plus importante de 16,3 M€ afin de couvrir l'ensemble des dépenses de PDSA (forfaits, actes et majoration) pour l'ensemble de son territoire.

A quelques mois de la fin des expérimentations, se pose la question de leur prorogation. Compte tenu de l'important travail de concertation et de réorganisation qui a été nécessaire à la mise en place de ces expérimentations, celles-ci n'ont démarré que tardivement (septembre 2010 pour le Limousin et avril 2011 pour les Pays de la Loire). Les ARS ne disposent donc pas du recul nécessaire pour établir un bilan significatif de la nouvelle organisation mais disposent d'éléments très encourageants et suffisamment positifs pour justifier leur maintien.

Si les économies générées par les expérimentations ne peuvent pas être estimées à ce stade, les premiers bilans des ARS expérimentatrices font apparaître, d'une part, que les médecins libéraux ont largement adhéré aux expérimentations avec un taux de participation très satisfaisant et, d'autre part, que les enveloppes attribuées aux ARS expérimentatrices ont été respectées.

Les bilans des ces expérimentations militent donc en faveur de leur prorogation jusqu'au 1er janvier 2016. Les enseignements qui pourront en être tirés permettront aux pouvoirs publics de faire évoluer le nouveau dispositif de PDSA afin d'en améliorer l'efficience.

2) Actuellement, le code de la sécurité sociale n'est pas en conformité avec la réforme de la PDSA initiée par la loi HPST

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ainsi que son décret d'application n°2010-809 du 13 juillet 2010 ont introduit de nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoire en confiant l'organisation du dispositif aux agences régionales de santé (ARS).

Les ARS sont désormais les acteurs centraux de la permanence des soins ambulatoire. Elles sont chargées, d'une part, de définir les modalités de son organisation dans le cadre des cahiers des charges prévus à l'article R. 6315-6 du code de la santé publique et, d'autre part, de déterminer les montants des forfaits de régulation et d'astreinte, dans les limites définies par l'arrêté du 20 avril 2011. La publication du cahier des charges par l'ARS déclenche l'entrée en vigueur de la nouvelle organisation de la permanence des soins dans sa région.

L'entrée en vigueur de ce dispositif emporte des conséquences sur son périmètre. Désormais, la PDSA n'est plus régie par les dispositions conventionnelles. Dès lors, tout médecin, conventionné ou non, peut s'inscrire sur le tableau de garde et être rémunéré par l'ARS pour les régulations et effections qu'il assure.

Cependant, afin de garantir aux patients d'être remboursés de la même façon quel que soit le médecin consulté, conventionné ou non, l'article L.162-5-14 du CSS doit être modifié. Ce dernier garantit actuellement aux patients qui consultent un médecin non conventionné (de secteur 3) ou retraité pendant les heures de PDSA d'être remboursés selon les mêmes modalités que pour un médecin conventionné (et non pas au tarif d'autorité). Il convient donc d'insérer également dans ces dispositions les médecins salariés qui effectueront de la PDSA à titre libéral.

Pour les médecins salariés (en particulier les médecins salariés en centre de santé), cette mesure a pour conséquence de leur permettre de facturer l'acte et les majorations de PDSA correspondantes et donc d'être traités de manière égalitaire par rapport aux médecins conventionnés, médecins de secteur 3 et médecins retraités qui effectuent de la PDSA.

Cette mesure permettra aux ARS qui ont des difficultés à trouver des médecins libéraux volontaires pour participer à la PDSA de pouvoir solliciter un nouveau vivier de médecins qui semblent désireux de participer à ce dispositif.

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

Mesure proposée

Compte tenu des éléments présentés au point 1, la présente mesure vise à :

1) Prolonger l'expérimentation relative à la permanence des soins ambulatoire prévue par l'article 44 de la LFSS pour 2008 : une prolongation jusqu'au 1er janvier 2016 permettra d'effectuer un bilan des expérimentations sur plusieurs années. Ce bilan permettre le cas échéant de faire évoluer le dispositif de droit commun de permanence des soins.

2) Ouvrir la permanence des soins ambulatoire (PDSA) aux médecins salariés en centre de santé ou ayant conservé une pratique clinique et mettre le code de la sécurité sociale en conformité avec le code de la santé publique : Dans le cadre de la réforme de PDSA, tout médecin, conventionné ou non, peut désormais s'inscrire sur le tableau de garde et être rémunéré par l'ARS pour les régulations et effections qu'il effectue.

Cependant, l'article L. 162-5-14 du CSS ne permet actuellement pas aux patients qui consultent un médecin salarié en centre de santé ou ayant conservé une pratique clinique d'être remboursés de la même façon que s'ils consultent un médecin retraité ou un médecin libéral non conventionné (de secteur 3 ou remplaçant en son nom propre). Il convient donc d'insérer également les médecins visés à l'article L. 6314-1 du CSP parmi lesquels se trouvent les médecins salariés en centre de santé qui effectueront de la PDSA à titre libéral.

Par exemple, pour le médecin exerçant en centre de santé, cette mesure a pour conséquence de lui permettre de facturer l'acte et les majorations de PDSA correspondantes et donc d'être traité de manière égalitaire par rapport aux médecins conventionnés, médecins de secteur 3 et médecins retraités qui effectuent de la PDSA.

Cette mesure permettra aux ARS qui ont des difficultés à trouver des médecins libéraux volontaires pour participer à la PDSA de pouvoir solliciter un nouveau vivier de médecins qui semblent désireux de participer à ce dispositif.

Autres mesures possibles

Sans objet

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

La présente mesure nécessite de prolonger les expérimentations prévues à l'article 44 de la LFSS pour 2008, ainsi que de modifier un article du code de la sécurité sociale. Prise en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, la mesure a un impact sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie estimé à 18,7 M€. Elle prend ainsi place dans la quatrième partie de la loi de financement au titre 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification : la mesure modifie un article du CSS (II).

Le I de la mesure n'est pas codifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non

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

Le champ de l'expérimentation ne couvre pas les DOM.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure est neutre en 2012 mais la prolongation des expérimentations en 2013 et jusqu'au 1er janvier 2016 implique la poursuite de leur financement à hauteur de 18,7 M€ par an (soit 16,3 M€ pour les Pays de la Loire et 2,4 M€ pour le Limousin chaque année).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
		- 18,7	-18,7	-18,7	

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Aucun.

b) impacts sociaux :

La mesure a vocation à garantir et à améliorer l'accès à la PDSA sur l'ensemble du territoire.

c) impacts sur l'environnement :

Aucun.

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

a) impact sur les personnes physiques :

La mesure permet d'augmenter le nombre de médecins volontaires en intégrant notamment les salariés des centres de santé.

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

Pour les ARS, il s'agit d'éviter les demandes de réquisitions des médecins (point II de la mesure). Concernant l'extension de l'expérimentation, l'objectif est de permettre d'évaluer la gestion par les ARS des actes et majorations, habituellement aux mains des caisses primaires d'assurance maladie (point I de la mesure).

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

L'intégration des médecins salariés des centres de santé dans le dispositif de PDSA afin de leur permettre de facturer les actes et les majorations prévues par la convention médicale nécessite de pouvoir identifier ces médecins qui ne sont pas libéraux et donc non inscrits au fichier national des professionnels de santé (FNPS). Cette mesure aura pour conséquence d'enregistrer dans le fichier national des professionnels de santé, des médecins qui, jusqu'à présent, n'étaient pas identifiés par la CNAMTS.

Concrètement, ces médecins devront prendre contact avec la caisse du département dans lequel ils souhaitent participer à la PDSA et transmettre certaines informations telles que leur nom, prénom, n° RPPS, RIB, etc. A partir des ces informations, la caisse procédera à l'enregistrement au FNPS du médecin en leur créant une activité (attribution d'un numéro assurance maladie) en utilisant pour celle-ci la nature d'exercice « 08 - salarié centre de santé. ». Une fois l'enregistrement effectué, les médecins non libéraux habilités à participer à la PDSA inscrits au tableau de garde seront autorisés à facturer directement leurs actes aux patients qu'ils reçoivent dans le cadre de leur participation à la PDSA selon les mêmes modalités que les médecins généralistes libéraux conventionnés.

d) impact budgétaire :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure ne nécessite aucun texte d'application.

2. Existence de mesures transitoires ?

La mesure ne nécessite pas de mesures transitoires.

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

La mesure ne nécessite pas de délais de mise en œuvre pratique.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

La mesure s'inscrit dans le sens de l'objectif des PQE maladie d'améliorer l'accès aux soins. Un PQE porte en particulier sur la permanence des soins ambulatoire mais la mesure n'aura pas d'impact sur l'indicateur qui est prévu dans ce cadre et qui porte sur la part des actes régulés.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Aucun indicateur spécifique n'est par ailleurs prévu.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-5-14 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-5-14 modifié du code de la sécurité sociale**
Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10, par les médecins bénéficiant des dispositions de l'article L. 643-6 du présent code ainsi que les médecins concernés par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés en application de l'article L. 6314-1. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs.	**Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés au premier alinéa de cet article sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les dispositions des articles L.162-5 et L. 162-14-1 du présent code.** Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs.

ARTICLE 38

TRANSPORTS DE PATIENTS - EXPERIMENTATION D'APPELS D'OFFRE

I. Présentation de la mesure

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

La progression dynamique des dépenses de frais de transport de patients depuis plusieurs années est due non seulement à l'augmentation régulière de la tarification mais également au volume de transports prescrits sans organisation adaptée.

Il apparaît nécessaire de développer une approche territoriale de la prescription de transports impliquant l'ensemble des acteurs compétents en matière d'organisation et de financement (assurance maladie, ARS, établissement de santé) afin d'apporter une réponse appropriée aux besoins et de maîtriser les dépenses de transports.

Ainsi, la mise en œuvre d'expérimentations à la main de l'un des trois acteurs précités visant à la passation d'appels d'offre relatifs au transport de patients, dans les conditions applicables aux marchés publics, , permettrait, à l'échelle d'un ou plusieurs territoires de santé, l'obtention de tarifs à la baisse et le développement d'une meilleure organisation du transport..

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

Mesure proposée :

La mesure consiste à permettre l'expérimentation, pour une durée de 3 ans, sur un ou plusieurs territoires de santé, de nouvelles modalités de financement et d'organisation des transports de patients.

Ainsi, cette disposition ouvrirait la possibilité pour une CPAM, une ARS ou un établissement de santé (ou un groupement d'hôpitaux) d'émettre des appels d'offre et de passer des marchés, dans les conditions des marchés publics, avec les transporteurs en dérogeant aux règles de tarification conventionnelles.

Ces expérimentations seraient ouvertes aux entreprises de transports actuellement autorisées (VSL, taxis, ambulance) mais également à celles proposant des transports de personnes à mobilité réduite (TPMR).

Tous les transports prescrits, quel que soit le prescripteur (médecin de ville ou hospitalier), pourraient être concernés par l'expérimentation.

Les éventuels marchés publics conclus entre les établissements de santé et les transporteurs au titre notamment du transport intra-hospitalier ne peuvent être confondus avec ce dispositif.

L'enveloppe utilisée pour financer l'appel d'offres de chaque expérimentation sera identique à celle dévolue pour l'année n-1 au financement des remboursements des frais de transport des départements concernés.

Les appels d'offres pourraient s'inscrire sur la base d'un cahier des charges établi en lien avec les trois acteurs (ARS, CPAM et établissement(s)) lequel définira les besoins sur le territoire et l'organisation souhaitée des transports.

En ce qui concerne les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des transports des patients, elles pourront être différentes du droit commun lorsque le transport sera effectué par une entreprise n'ayant pas été retenue dans le cadre de l'appel d'offre. En conséquence, la mesure permet de déroger aux tarifs fixant la base de remboursement desdits transports et permet également de déroger au principe de la dispense d'avance de frais.

Ainsi cette mesure allie les objectifs de qualité dans l'adaptation de la réponse aux besoins de santé des patients, de maîtrise de la dépense et de responsabilisation des patients.

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

La mesure participe à la maîtrise des dépenses de santé : l'économie pour les régimes de base de l'assurance maladie est estimée à 1,5 M€ pour 2013 (cf. infra). Elle prend donc place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du I, B, 3° 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen en vigueur.

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

a) Possibilité de codification

Non, il s'agit d'une expérimentation créant un dispositif dérogatoire, la codification pourra intervenir lors de la généralisation éventuelle.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Les expérimentations sont susceptibles d'intervenir dans le champ d'intervention des ARS et des régimes de base de l'assurance maladie métropolitains, soit quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

7. Impact financier

Au-delà d'un transfert de gestion de crédits à volume constant, les expérimentations devraient conduire à des économies au sein de l'ONDAM soins de ville grâce à la passation d'appels d'offres proposant une tarification inférieure à celle prévue par les conventions actuelles.

En partant du principe que ces appels d'offres permettront une économie de 5 % sur les dépenses de transport estimés, par hypothèse, sur trois territoires de santé, cela correspond à une économie estimée de 1,5 M€ par an, soit 4,5 M€ au total.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
		-1,5	- 1,5	-1,5	

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

8. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

La mesure a pour objectif de donner la possibilité aux CPAM, ARS ou établissements de santé de s'extraire des règles actuelles de tarification du transport grâce à la réalisation de passation de marchés publics couvrant la majorité des besoins en transport du département avec la garantie d'une enveloppe fermée.

Cette mesure sera transparente voire favorable en termes de coût pour les assurés.

L'impact économique portera sur les transporteurs, notamment sur ceux qui n'auraient pas été sélectionnés et dont la part de marché serait ainsi réduite.

b) impacts sociaux

Non

c) impacts sur l'environnement

Une rationalisation des transports sanitaires pourrait conduire à une réduction de l'émission de CO2.

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

a) impact sur les personnes physiques

Les assurés seront tenus, pour bénéficier d'une prise en charge, de choisir l'un des transporteurs sélectionnés par l'appel d'offres.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La conception et la mise en œuvre de l'expérimentation sera de la responsabilité d'une ARS, d'une CPAM ou d'un établissement (ou d'un groupement d'hôpitaux de type GCS).

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

Un travail important entre les trois acteurs organisant l'expérimentation est à prévoir dans la phase des organisations expérimentales, de leurs financements, de la rédaction du cahier des charges et de la modification de la grille tarifaire en routine.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

Un décret en CE définira :

- les modalités de sélection et de désignation des départements et des acteurs retenus pour mener l'expérimentation ;
- les modalités d'organisation et de financement des expérimentations

Un arrêté, prévu par le décret, encadrera le montant maximal de dépenses transféré à l'initiateur de l'expérimentation.

7. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Le délai de mise en œuvre correspond aux délais légaux de passation des marchés dans les conditions applicables aux marchés publics pour lancer les expérimentations après parution de l'ensemble des textes nationaux.

9. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés par les CPAM qu'ils seront tenus, pour bénéficier d'une prise en charge, de choisir l'un des transporteurs sélectionnés par l'appel d'offres.

10. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Cette expérimentation fera l'objet d'une évaluation au bout d'un an, d'un point de vue financier (consommation de l'enveloppe), sectoriel (couverture du territoire et de la population), organisationnel et qualitatif (organisation de la commande de transport en fonction des besoins). Elle donnera lieu à un rapport transmis au Parlement.

ARTICLE 39

REMUNERATION FORFAITAIRE POUR RENFORCER LES SOINS DE PROXIMITE

I. Présentation de la mesure

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

Dans le cadre de la réforme des soins de proximité, la mise en place de nouvelles organisations et de nouveaux services assurés par les professionnels de santé doit permettre d'améliorer la prise en charges des patients et d'optimiser leur parcours de soins. La rémunération actuelle des professionnels de santé, fondée sur l'acte, incite peu au travail en équipe et ne valorise pas ces nouveaux services. Si certaines expérimentations en cours, (nouveaux modes de rémunération, Prado, article 70 de la LFSS 2012) permettent de rémunérer des dispositifs innovants de coordination, elles ne concernent qu'une minorité de professionnels de santé et ne sont pas pérennes.

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

Pour inciter les professionnels de santé de premier recours à se coordonner et pour déployer de nouveaux services, il est proposé de verser aux maisons, centre et/ou professionnels de santé des rémunérations.

Le montant de ces rémunérations versées aux équipes serait déterminé en fonction de trois types de critères :

- des critères quantitatifs (nombre de patients pris en charge et éventuellement nombre de professionnels participant). Ces critères déterminent un « montant de référence » du forfait ;
- les services rendus ;
- les résultats obtenus en matière d'amélioration de la santé publique. Ces résultats seraient évalués grâce à des indicateurs de performance.

Pour assurer l'acceptabilité et le succès du dispositif, le gouvernement souhaite que cette rémunération soit négociée par les partenaires conventionnels dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel prévu à l'article L. 162-14-1 II du CSS. Cet article nécessite cependant des aménagements afin de préciser le cadre de ces négociations.

<u>Mesure proposée :</u>

La mesure proposée vise à modifier l'article L. 162-14-1 II relatif aux accords conventionnels interprofessionnels. Cet article permet à l'UNCAM et aux organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés de déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé. Cet article qui n'a jamais été utilisé est modifié afin de permettre aux partenaires conventionnels de négocier un accord interprofessionnel en vue de définir les modalités de mise en œuvre de cette coordination et de ces nouveaux services par les maisons, centres et professionnels de santé et les incitations financières qui peuvent leur être accordées.

Ces accords définiront les engagements et objectifs quantifiés de santé publique des maisons, centres et professionnels de santé, ainsi que les conditions dans lesquelles ils pourront bénéficier, en contrepartie du respect de ces engagements et objectifs, d'une rémunération annuelle et les modalités de calcul de cette rémunération.

Ces accords préciseront les éventuelles modalités d'adaptation de ces engagements et de modulation de ces rémunérations au niveau local par les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie.

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

La présente mesure nécessite de modifier l'article L. 162-14-1 II du code de la sécurité sociale. Prise en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, elle a un impact sur les dépenses des régimes obligatoires de l'assurance maladie estimé à 3,8 M€ dès 2013. Elle prend 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 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification :

La mesure modifie l'article L. 162-14-1 II 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 (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
- Saint-Pierre et Miquelon	Non
- Saint-Martin et Saint Barthélémy	Oui
- autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Pour évaluer l'impact financier de la mise en place d'un forfait renforçant la rémunération des soins de proximité, nous nous appuyons sur les montants versés dans le cadre du module 1 des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR), qui est destiné à financer la

coordination entre professionnels de santé au sein des maisons de santé. Le montant moyen des forfaits versés pour le module 1 des ENMR s'élevait en 2012 à environ 50.000 €.

Lors de la première année de mise en place du forfait structure, les rémunérations devraient bénéficier aux maisons et centres de santé existants. En 2013, 375 maisons et pôles de santé devraient être en fonctionnement, ainsi que 325 centres de santé polyvalents.

Etant donnés les délais de mise en œuvre de la mesure (négociation, contractualisation etc.), les forfaits seraient vraisemblablement versés à partir du 1er septembre 2013.

En considérant un forfait annuel de 50 000 € versé à ces 740 structures, cela représenterait un impact financier réel de 6,2 M€ en 2013 en prenant l'hypothèse que la moitié de ces structures seront éligibles. Il convient de déduire de ce coût brut le coût des ENMR. En 2014, le coût net s'élève à 30 M€.

La montée en charge est estimée au regard de l'objectif de la mesure, qui est que 30 % des médecins généralistes soient regroupés en 2017, soit près de 16 500 médecins. Suivant cet objectif, et en considérant que les équipes devront rendre des services précis pour être éligibles au forfait structure, le nombre de nouvelles équipes susceptibles d'en bénéficier chaque année serait d'environ 370, en considérant une moyenne de 4,5 médecins généralistes par structure (en extrapolant les chiffres constatés dans les structures ENMR), ce qui correspond à 18,5 M€ supplémentaires chaque année à partir de 2015.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 R*	*2014*	*2015*	*2016*
Régimes obligatoires de base de l'assurance maladie		3,8	30	48,5	67

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Aucun

b) impacts sociaux :

Cette mesure est favorable à l'accès aux soins dans la mesure où les structures pluriprofessionnelles peuvent constituer un cadre attractif d'exercice pour les professionnels dans les zones fragiles en matière de démographie médicale. Par ailleurs, en coordonnant les parcours, elles facilitent l'orientation des patients, notamment les plus fragiles, dans le système de soins. Outre un meilleur ancrage des médecins en zone sous-dense, elle améliore la prise en charge des pathologies chroniques (coordination des parcours de soins, nouveaux services aux patients).

c) impacts sur l'environnement :

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques :

Aucun

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

La mesure nécessite un travail en étroite collaboration des ARS et des caisses d'assurance maladie.

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

Une évolution du SNIIRAM est nécessaire afin d'identifier les structures pluriprofessionnelles et de pouvoir calculer des indicateurs de santé publique pour leur patientèle. Si les maisons de santé disposent aujourd'hui d'un numéro FINESS, celui-ci n'est pas identifié dans les bases de l'assurance maladie. Par ailleurs, l'identification des centres de santé est perfectible.

d) impact budgétaire :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure nécessite la prise d'un arrêté d'approbation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de l'accord conventionnel interprofessionnel prévu à l'article L. 162-14-1 II du CSS.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

La mesure nécessite dans un premier temps de conduire une négociation entre l'UNCAM et les professionnels de santé sur les montants des rémunérations ainsi que le contenu de la matrice de maturité et des indicateurs de performance. Cette phase de négociation pourrait s'étendre de janvier à avril 2013.

Par la suite, une phase de contractualisation entre les structures, équipes ou professionnels de santé, les ARS et les CPAM serait nécessaire à la mise en œuvre de la mesure.

Il est raisonnable de prévoir une mise en œuvre de la mesure pour l'ensemble des structures éligibles au 4e trimestre 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

La mesure s'inscrit dans plusieurs objectifs du PQE maladie dans la mesure où elle vise, par une meilleure organisation du parcours des patients, à améliorer la prévention (indicateurs de dépistages des cancers, de vaccination, de prévention de l'obésité) mais également la continuité et la coordination de l'offre de soins (articulation ville/hôpital, coordination du parcours), ainsi que l'accès aux soins. Par ailleurs, elle est supposée entraîner une diminution de la consommation de soins grâce à une prise en charge plus efficiente et plus précoce, notamment des patients atteints de pathologies chroniques.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Outre le suivi réalisable dans le cadre du PQE maladie, des indicateurs de performance spécifiques sont prévus. Ceux-ci doivent déterminer en partie le montant versé dans le cadre du forfait structure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-14-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-14-1 modifié du code de la sécurité sociale
« I.- […]	« I.- […]
II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.	II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé **et visant à favoriser l'organisation et la coordination des soins ou la prise en charge des patients** peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions **et, le cas échéant, des centres de santé**, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.
Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins. »	Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.
	Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ce ou ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, de l'atteinte des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs, et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie. »

ARTICLE 40

PRATICIEN TERRITORIAL DE MEDECINE GÉNÉRALE

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 aider de jeunes professionnels à s'installer là où les besoins ont été identifiés.

En effet, les attentes des futurs et jeunes médecins vis-à-vis de leur exercice ont changé. Ils expriment largement le souhait d'exercer leur métier de façon plus coopérative, avec les autres professionnels de santé, de mieux faire coïncider l'usage du temps médical avec un plus grand équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale et sociale. Ils souhaitent, également se voir offrir des possibilités d'évolution de carrière : exercices mixtes, évolution vers une autre spécialité ou vers d'autres activités moins centrées sur le soin.

La crainte de l'installation en libéral, en raison des formalités et des charges qui s'y attachent, est également l'un des freins qui empêche les jeunes médecins de s'installer spontanément dans cette forme d'exercice dès la fin de leurs études. La recherche quasi-systématique de formes d'exercices salariées ou de remplacement en début de carrière doit donc être prise en compte pour leur offrir un cadre d'exercice plus attractif en début de carrière.

Cette difficulté est particulièrement prégnante en zone sous-dense. Un nouveau mécanisme vise à inciter à l'installation et au maintien dans ces zones afin de poursuivre différents objectifs dès 2013 :

- créer 200 postes de praticiens territoriaux de MG soit 100 postes dès le 1er mai et 100 postes le 1er novembre 2013 permettant de :
- soutenir l'ancrage de jeunes diplômés (médecins de plein exercice) dans des zones identifiées comme fragiles, dans lesquelles il existe une dynamique territoriale autour de professionnels en exercice, soutenue par l'ARS,
- faciliter l'encadrement d'étudiants ou internes par les médecins généralistes maîtres de stage en dégageant du temps pour qu'ils accompagnent les stagiaires,
- prolonger et renforcer l'effet des autres actions de soutien aux médecins isolés ou tendant à la structuration de pôle de soins de proximité, pluri-professionnels ou non (en utilisant les structures existantes : maisons, centres, pôles de santé ou cabinets de groupe), fondés sur la coopération entre professionnels, recourant ou non à des transferts d'activité, ou bénéficiant d'une assistance sous forme de secrétariat.

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

Il est proposé un dispositif alternatif à l'installation « classique », avec un encadrement contractuel permettant le versement d'une rémunération complémentaire aux jeunes médecins libéraux.

En contrepartie, le jeune médecin libéral s'engagera à exercer son activité à temps plein dans des zones fragiles, déterminées par les ARS. Le médecin pourra intervenir, dans ces zones, en soutien d'un autre médecin au sein d'un cabinet, d'une maison de santé ou dans tout autre lieu équipé pour l'exercice de son activité. Son activité pourra également se répartir sur différents sites d'exercice. En outre, le dispositif pourra aussi être ouvert, sur la base d'une activité à temps partiel, au médecin d'ores et déjà installé qui s'engagerait à effectuer une part de son activité en zone fragile.

En échange, ce dispositif s'organisera autour d'un contrat-type proposé par les ARS à de jeunes diplômés de médecine générale afin de leur garantir un revenu tenant compte de celui auquel ils pourraient prétendre en tant que médecins en début d'activité à l'hôpital ainsi que des sujétions notamment liées aux probables nombreux déplacements. L'ARS leur versera donc un complément de

rémunération, sous forme d'une indemnité différentielle, calculée en intégrant la part des revenus tirés de l'activité libérale.

Le contrat signé avec l'ARS devra répondre aux exigences suivantes :

- exercice dans des zones en difficulté identifiées par l'ARS,
- exercice dans une structure où exercent un ou plusieurs maîtres de stage agréés (libérer du temps de soins aux MDS pour améliorer les conditions d'accueil et d'encadrement des stagiaires),
- pluralité de lieux d'exercice.

Concrètement, ce dispositif s'appuiera sur différents **statuts aujourd'hui prévus par les textes :**

- tout d'abord, aux collaborateurs libéraux, dès 2013.
- sous réserves d'adaptation de leurs statuts et/ou des systèmes d'information de l'assurance maladie pour permettre l'identification de l'intéressé et la facturation de ses actes à son nom, au remplaçant, au médecin qui assiste un autre médecin en cas d'afflux exceptionnel de population ou d'empêchement du médecin titulaire, mais également, à temps partiel, s'agissant des médecins salariés à temps incomplet des établissement de santé ou des centres de santé.

Cette mesure nécessite une disposition pour la LFSS 2013, afin d'introduire :

- un article dans le code de la santé publique, après l'article L 1435-4-1 (relatif aux CCU-MG) prévoyant notamment le principe d'un contrat entre l'ARS et les AMG **(Cf. I)** ;
- un article dans le code de la sécurité sociale pour garantir, lorsque le médecin n'est pas adhérent à la convention en vertu de son statut, d'une part, la prise en charge des assurés aux tarifs de la convention médicale et, d'autre part, l'application par le médecin des tarifs opposables **(Cf. II)**.

Enfin, différents textes réglementaires devront aussi modifier certains statuts actuels pour leur ouvrir droit au dispositif contractuel de versement d'un complément de rémunération.

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

La présente mesure conduit à engager de jeunes médecins, sur la base d'un contrat entre le praticien territorial de médecine générale et l'ARS, vers un exercice en zones fragiles dans le cadre d'un exercice libéral. Elle a un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie et prend place dans la quatrième partie de loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 2° du C du V de l'article L0.111-3 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

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

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

a) Possibilité de codification :

La mesure modifie un article du code de la santé publique et 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 (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
- Saint-Pierre et Miquelon	Non
- Saint-Martin et Saint Barthélémy	Oui
- autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le financement de ces postes de praticiens territoriaux de médecine générale 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 serait au titre de 2013 d'un montant de 4,5 M€ (100 postes à compter du 1er mai et 100 nouveaux postes à partir du 1er novembre). Le coût en année pleine serait de 10,8 M€, à compter de 2014.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 R*	*2014*	*2015*	*2016*
Régimes de base de l'assurance maladie		-4,5	-10,8	-10,8	-10,8

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

La mesure conduit à créer 200 emplois par an.

b) impacts sociaux :

Cette mesure répond à un besoin social de soins de proximité. Elle permet un meilleur ancrage des médecins en zone sous-dense.

c) impacts sur l'environnement :

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques :

Aucun

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

La mesure sera gérée par les ARS et par les régimes d'assurance maladie.

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

Elle nécessite une adaptation du système d'information de la CNAMTS

d) impact budgétaire :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

Au titre du mécanisme de contractualisation, il est nécessaire d'élaborer un contrat-type et de déterminer par décret en Conseil d'Etat, les modalités de désignation des lieux d'exercice et de calcul de la rémunération complémentaire.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Non.

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

D'un point de vue opérationnel, la mesure implique un processus d'identification des lieux d'exercice des praticiens territoriaux de médecine générale.

4. **Modalités d'information des assurés ou cotisants**

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non. Les ARS feront le bilan de la mise en œuvre de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 1435-4-2 nouveau du code de la santé publique
	I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin généraliste dont la première inscription au tableau de l'ordre des médecins date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités

	de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale 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. **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 et 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. Ce contrat est conforme à un contrat type établi par décret en conseil d'État.** **III. - Un décret en conseil d'État précise les critères d'insuffisance d'offre médicale et de difficultés d'accès aux soins permettant de définir les zones géographiques où un contrat de praticien territorial de médecine générale peut être conclu et fixe les modalités de calcul de la rémunération complémentaire dans la limite d'un plafond.**
	Article L. 162-5-14-1 nouveau **du code de la sécurité sociale**
	- Les frais relatifs aux actes effectués par les médecins au titre de leurs fonctions de praticien territorial de médecine générale régies par les dispositions de l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, sont, lorsqu'ils ne sont pas adhérents à la convention médicale, pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les dispositions des articles L. 162-5 et L. 162-14-1. Les praticiens territoriaux de médecine générale sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de respecter les tarifs opposables.

ARTICLE 41

PROJET PILOTES SUR LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES

I. Présentation de la mesure

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

Les liens avérés entre perte d'autonomie et problèmes de santé ainsi que le constat d'une hospitalisation trop fréquente et trop longue des personnes âgées montrent l'intérêt d'une approche fondée sur le « parcours de santé » afin de coordonner des acteurs très divers et de dégager des marges de manœuvre financière en diminuant le recours à l'hospitalisation et sa durée. Le principe de cette approche est de permettre que la bonne personne reçoive la bonne prestation au bon moment.

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

Pour optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a préconisé[35] une démarche de préfiguration, les projets pilotes, qui seraient d'abord déployés sur quelques territoires avant une extension nationale. Pour permettre la mise en œuvre des projets pilotes, il est proposé de fixer :

- le cadre de la démarche : une expérimentation dans quelques territoires choisis au niveau national et fondée sur un cahier des charges national dont le pilotage repose fortement sur les ARS ;
- les dérogations nécessaires pour permettre d'expérimenter de nouvelles formules de financement et de tarification à même de ne pas générer de rupture dans le parcours de santé de la personne âgée. Les dérogations proposées concernent le paiement à l'acte, la tarification des établissements médico-sociaux (afin de faciliter les transitions hôpital/EHPAD et hôpital/domicile notamment) et le périmètre des natures de charges couvertes par l'assurance maladie afin de financer certains dispositifs permettant de prévenir la perte d'autonomie et la dégradation de l'état de santé ;
- l'imputation de ces dépenses innovantes sur le fonds d'intervention régional moyennant leur stricte identification au sein de ce dernier ;
- les dérogations au cadre juridique actuel nécessaires pour favoriser le partage d'information entre les professionnels du champ de la santé et du secteur social, partie prenante du parcours de santé ;
- le principe d'une évaluation, transmise au Parlement, avant toute généralisation de ce nouveau mode d'organisation.

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

La présente mesure impute des dépenses liées à une expérimentation au fonds mentionné à l'article L1435-8 du code de la santé publique, qui relève de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Elle a ainsi un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie et prend 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 outre, dans le cadre de cette expérimentation, la mesure prévoit des dérogations aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 du même

[35] « Vieillissement, longévité et assurance maladie », avis du 22 avril 2010
« Assurance maladie et perte d'autonomie », rapport du 23 juin 2011

code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade, aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations, ainsi qu'aux articles L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnées au I de l'article L. 313-12 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification :

Non, il s'agit d'une expérimentation.

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Il est proposé un financement de 45 M€ en année pleine pour cinq territoires pilotes, gagé sur des redéploiements au niveau national, pour le lancement des projets pilotes.

Pour 2013, le montant à inscrire sur quatre mois, compte tenu de la date prévisionnelle de mise en œuvre opérationnelle (septembre 2013), correspond à 15 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 R*	*2014*	*2015*	*2016*
		15	45	45	45

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Aucun.

b) impacts sociaux :

Cette mesure a un impact sur les personnes âgées qui n'ont pas les ressources financières personnelles pour accéder aux prestations qui permettraient de prévenir la dégradation de leur état de santé ou leur perte autonomie. Elle permettra une meilleure prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, une meilleure coordination des professionnels de santé et une meilleure prise en compte de leur rôle dans la gestion du parcours de santé des personnes âgées.

c) impacts sur l'environnement :

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques :

Aucun.

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

Cette mesure nécessitera, dans les territoires candidats puis sélectionnés, une coordination forte entre les caisses de sécurité sociale, les administrations départementales et les agences régionales de santé (ARS).

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

Une évolution des systèmes d'information est indispensable pour dresser l'inventaire des ressources disponibles pour la prise en charge des personnes âgées et pour assurer leur suivi sanitaire et social de manière intégrée.

d) impact budgétaire :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure nécessite :

- un arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale relatif au cahier des charges des projets pilotes ;

- un arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale désignant les territoires retenus ;
- un décret en Conseil d'Etat précisant la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes âgées qui pourront en être destinataires.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Après publication de l'arrêté relatif au cahier des charges du dispositif au premier trimestre, les régions candidates pourront remettre leur dossier tout au long du deuxième trimestre et l'arrêté de désignation des territoires sera pris à l'été pour un démarrage opérationnel en septembre.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

La mesure s'inscrit dans plusieurs objectifs du PQE maladie dans la mesure où elle vise, par une meilleure organisation du parcours des patients, à améliorer la prévention mais également la continuité et la coordination de l'offre de soins (articulation ville/hôpital, coordination du parcours), ainsi que l'accès aux soins.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Outre le suivi réalisable dans le cadre du PQE maladie, des indicateurs de performance spécifiques sont prévus. Ils seront précisés dans le cahier des charges et permettront de mesurer, notamment, l'impact des projets pilotes sur l'état de santé des patients, sur le maintien de leur autonomie et sur leur consommation de soins hospitaliers afin d'assurer le bouclage médico-économique du dispositif.

ARTICLE 42

SUPPRESSION DE L'OPTION DE COORDINATION

I. Présentation de la mesure

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

La convention médicale signée le 26 juillet 2011 prévoyait la mise en œuvre d'un « secteur optionnel » pour les médecins exerçant une spécialité de bloc (chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation). Celui-ci prévoyait que ces médecins pourraient effectuer des dépassements d'honoraires limités à 50 % du tarif de base et devraient réaliser au moins 30 % de leur activité à tarif opposable en contrepartie d'une prise en charge de leurs cotisations sociales. Ce dispositif n'avait pas été mis en œuvre.

L'article 56 de la LFSS pour 2012 avait habilité le gouvernement, en cas d'absence d'accord sur le secteur optionnel dans un délai d'un mois à compter de l'entrée en vigueur de la loi, à modifier par arrêté, pendant une durée de deux mois, soit jusqu'au 23 mars 2012, les dispositions de la convention médicale relatives à l'option de coordination pour mettre en œuvre le « secteur optionnel ». Cet article prévoyait également l'obligation de prise en charge de ces dépassements par les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables.

Aucun accord n'est intervenu dans le délai fixé par la loi. Le précédent gouvernement a, sur le fondement de l'article 56 de la LFSS, modifié par un arrêté du 21 mars 2012 la convention médicale du 26 juillet 2011. Cet arrêté portait le taux maximum des dépassements d'honoraires, dans le cadre de l'option de coordination, à 50 % du tarif opposable pour les 3 spécialités de bloc. Le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 a instauré l'obligation pour les contrats responsables de prendre en charge ces dépassements dans leur intégralité pour les 3 spécialités de bloc.

Quelques dizaines de médecins seulement ont adhéré à ce dispositif, ce qui témoigne de l'échec de cette mesure. Ces dispositions n'ont pas conduit à un encadrement efficace des dépassements d'honoraires. C'est pourquoi il est proposé de les abroger.

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

Mesure proposée :

La présente mesure vise à abroger l'article 56 de la LFSS pour 2012. Le décret et l'arrêté pris sur le fondement de ces dispositions seront abrogés. Elle abroge également le dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'article 56 de la LFSS pour 2012 qui inscrit dans les contrats responsables l'obligation de prendre en charge les dépassements d'honoraires encadrés par cette option de coordination rénovée.

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

Prise en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2013, cette mesure génère une économie de 190 000 € pour 2014 pour les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. Elle *prend donc place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

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

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

a) Possibilité de codification :

La mesure modifie notamment l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Cette mesure a pour objet de supprimer les dispositions introduites dans le code de la sécurité sociale par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et, dans un deuxième temps, de mettre un terme à cette option de coordination modifiée. Elle a pour effet de mettre un terme à l'obligation de prise en charge par les complémentaires des dépassements d'honoraires des médecins concernés.

A partir de simulations fournies par la DREES, on estime que cette mesure génèrera au minimum une économie de 190 000 € sur la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des médecins concernés, qui auraient été versées en 2014 au titre des honoraires facturés en 2013.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P ou R*	*2014*	*2015*	*2016*
			-0,19	-0,19	- 0,19

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Aucun

b) impacts sociaux :

L'abrogation du dispositif prévu à l'article 56 de la LFSS pour 2012 aura pour conséquence de ne plus permettre aux spécialistes de bloc d'adhérer à l'option de coordination renforcée créée par l'arrêté de mars 2012.

La mesure permettra d'améliorer l'accès aux soins, en s'inscrivant dans le cadre d'une réforme globale touchant les dépassements d'honoraires.

c) impacts sur l'environnement :

Aucun

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

a) impact sur les personnes physiques :

Aucun

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

Les caisses d'assurance maladie géreront cette modification de la législation.

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

Non significatif

d) impact budgétaire :

Cette mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi :

Cette mesure est gérée avec les moyens disponibles

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

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

La mesure ne nécessite aucun texte d'application.

En revanche seront abrogés : l'arrêté du 21 mars 2012 pris en application de l'article 56 de la LFSS pour 2012 modifiant l'option de coordination dans la convention médicale de 2011 et le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 précisant que les contrats responsables doivent prendre en charge ces dépassements dans leur intégralité pour les 3 spécialités de bloc et pris également pour l'application de l'article 56 de la LFSS pour 2012. Les dispositions introduites dans la convention médicale par l'arrêté du 21 mars 2012 devront également être modifiées, ce qui impliquera un avenant conventionnel.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

La mesure ne nécessite pas de mesures transitoires

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

La mesure ne nécessite pas de délais de mise en œuvre pratique

4. **Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Les caisses d'assurance maladie assureront l'information des intéressés.

5. **Suivi de la mise en œuvre de la mesure**

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

La mesure s'inscrit dans le sens de l'objectif des PQE maladie d'améliorer l'accès aux soins dans la mesure où l'abrogation du dispositif relatif à l'option de coordination rénovée s'inscrit dans le sens d'une réforme globale sur les dépassements d'honoraires.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Aucun indicateur spécifique n'est prévu.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L871-1 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L871-1 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du 13° de l'article 995 et du 2° bis de l'article 1001 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une	Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du 13° de l'article 995 et du 2° bis de l'article 1001 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une

maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.	maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.	Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.
Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci.	Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci.
Elles prévoient également la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles.	~~Elles prévoient également la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles.~~

ARTICLE 43

SUPPRESSION DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURÉ

POUR LES ACTES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

I. Présentation de la mesure

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

En 2010, 225 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France.

Comme le souligne l'IGAS dans son rapport de 2009 relatif à l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : « la prise en charge des IVG doit donc être organisée comme un élément à part entière de l'offre de soins. Les femmes qui désirent interrompre une grossesse non désirée ont le droit d'être prises en charge : la mise en œuvre du droit à l'IVG correspond à une obligation de service public ».

Cette prise en charge physique doit en outre s'accompagner d'une prise en charge financière permettant de garantir l'égal accès à l'IVG. L'assurance maladie prend ainsi actuellement en charge à 100 % les IVG pour les assurées mineures et entre 70 % (en ville) et 80 % des frais (en établissement de santé) pour les assurées majeures.

Le Gouvernement souhaite renforcer la garantie du droit à l'IVG en revoyant les règles actuelles de participation des assurées aux frais de soins liés à ces interventions. L'objectif est d'améliorer l'accès à l'IVG en supprimant le frein financier que représente pour les assurées un reste à charge sur ce type d'intervention.

En outre, malgré les revalorisations des tarifs d'interruption volontaire de grossesse effectuées en 2008 et 2009, cette activité reste globalement sous tarifée, ce qui conduit à un désengagement des établissements de santé dans la réalisation de ces actes, comme le notait l'IGAS dans son rapport sus-évoqué. Afin de remédier à cette situation, le Gouvernement prévoit de procéder à une revalorisation des tarifs d'IVG pour les mettre en cohérence avec les coûts réels des établissements et garantir un accompagnement suffisant des femmes demandant une IVG. En l'état des dispositions applicables, elle conduirait à une augmentation symétrique du reste à charge pour les assurées subissant une IVG. Cette augmentation, de nature à freiner l'accès à l'IVG, rend d'autant plus indispensable de revoir, dès maintenant et avant toute revalorisation, les règles actuelles de participation des assurées à ces frais de soins.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de modifier l'article L.322-1 du code de la sécurité sociale pour ajouter les frais de soins liés aux IVG à la liste de ceux pour lesquels la participation de l'assuré peut être supprimée.

La suppression de cette participation permettra de lever tout frein financier au recours à l'IVG et de répondre pleinement à l'objectif d'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de grossesse non désirée.

Autres options possibles :

D'autres possibilités d'action pourraient être envisagées :

- ne supprimer la participation des assurées que pour les IVG instrumentales (les plus coûteuses) ;
- ne pas supprimer mais réduire le taux de participation des assurées.

La première option conduirait à créer une inégalité d'accès à l'IVG en fonction de son mode de prise en charge (instrumentale ou médicamenteuse) et aurait pour conséquence de défavoriser la prise en charge médicamenteuse lorsque celle-ci est plus adéquate.

La seconde option (qui ne nécessiterait que la modification de l'article R.322-1 du code de la sécurité sociale), ne permet pas de lever tous les freins financiers que peut représenter la participation de l'assurée.

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

La mesure proposée a un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. Elle prend ainsi 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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est de la seule compétence propre des Etats membres

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

La mesure conduit à compléter l'article L. 322-3 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 (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
- Saint-Pierre et Miquelon	Oui
- Saint-Martin et Saint Barthélémy	Oui
- autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
		- 13,53	- 13,53	- 13,53	-13,53

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

Le montant de 13,53 M€ est estimé sur la base des données relatives aux dépenses d'IVG constatées en 2010. Il comprend la suppression du ticket modérateur (TM) pour :

- les IVG réalisées en ville (1,71 M€),
- les IVG réalisées en établissements de santé publics et privés à but non lucratif (9,48 M€),
- les IVG réalisées en établissements de santé privés (2,34 M€).

Cette estimation est réalisée sur la base des dépenses actuelles.

La revalorisation des tarifs d'IVG conduira, pour la prise en charge du ticket modérateur, à un coût supplémentaire pour l'assurance maladie de 3,2 M€.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun

b) impacts sociaux

La suppression de la participation permettra de lever tout frein financier au recours à l'IVG et de répondre pleinement à l'objectif d'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de grossesse non désirée.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Les intéressées n'auront plus à acquitter la participation.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée par les caisses d'assurance maladie.

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

La mesure nécessita la mise à jour des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie pour prendre en compte la suppression de la participation, ainsi que la mise à jour des systèmes de facturation des établissements de santé.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat est nécessaire car l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale renvoie au pouvoir réglementaire le soin de mettre en œuvre, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), la suppression de la participation de l'assuré.

Il sera pris au tout début de l'année 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Dès la parution du décret d'application.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les intéressées seront informées par les caisses d'assurance maladie.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

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**
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 :	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 :
[…]	[…]
17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 ;	17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 ;
18°) Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;	18°) Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;
19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3°	19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3°

du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code.	du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code.
	20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 321-1.
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.	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.
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.	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.

ARTICLE 44

MESURES RELATIVES À LA PUBLICITE POUR LES PRODUITS DE SANTE

I. Présentation de la mesure

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

La publicité pour les produits de santé est un sujet récurrent d'inquiétude en matière d'augmentation du risque de dépenses injustifiées par l'assurance maladie. Deux sujets ont été identifiés et sur lesquels il convient d'agir : d'une part la publicité pour le grand public des spécialités pharmaceutiques dont le nom commercial est trop similaire à celui d'un médicament remboursable, et d'autre part le dispositif d'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux, très récent et qui nécessite encore d'être renforcé.

a. Les spécialités pharmaceutiques

La publicité auprès du public n'est autorisée que pour les médicaments non soumis à prescription médicale, non remboursables pour aucune de leurs présentations et exempts de décisions d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité dans leurs autorisations de mise sur le marché.

Or, depuis plusieurs années, les laboratoires obtiennent de la part de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) le visa de publicité grand public (dit visa « GP ») pour la promotion de spécialités dont les noms rappellent ceux de spécialités remboursables et ce, afin de capitaliser sur la notoriété de leurs marques remboursables tout en renforçant cette notoriété. Pour ce faire, ils ajoutent des préfixes ou des suffixes au nom de la spécialité remboursable. Ainsi, ils réalisent indirectement de la promotion pour la spécialité remboursable correspondante, en contournant l'interdiction en vigueur de manière légale puisque titulaires d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) différente de celle du médicament remboursable.

Ainsi, les premiers cas sont survenus en 2007 et, depuis lors, le phénomène s'accentue (exemples : voltaren emulgel / voltarenactigo ; advil / advilcaps ; efferalgan / efferalgantab ; nurofen / nurofenfem), notamment depuis le lancement du libre accès (au 1er juillet 2008).

Cette pratique contribue, par la proximité entre le nom de marque du médicament non remboursable et celui d'un médicament remboursable, à faire de la promotion indirecte pour ce dernier auprès du grand public. Une décision de la Cour de cassation en date du 14 décembre 1999 a d'ailleurs reconnu qu'une utilisation partielle d'une marque pouvait contribuer à créer une confusion (Cass. com, 14 décembre 1999, Sté Ciemi). Si en l'espèce, cette utilisation partielle d'une marque a consisté en une concurrence déloyale en créant une confusion avec le produit concurrent, l'utilisation partielle d'une marque d'un médicament non remboursable peut donc créer une confusion et donc une publicité indirecte pour le médicament remboursable.

Or, l'ANSM ne dispose actuellement d'aucune base juridique solide pour refuser l'octroi de visa GP ou pour recommander aux laboratoires les changements de noms en fonction des intentions promotionnelles des laboratoires.

Il importe donc de faire droit à l'interdiction de publicité indirecte et ainsi garantir également une égalité de traitement entre les industriels qui se livrent à ce contournement et les autres. Une période transitoire est prévue pour les spécialités en cause déjà commercialisées et faisant l'objet de campagne de publicité.

Il importe également de prévoir la sanction pénale afférente en cas de manquement à cette disposition.

b. Les dispositifs médicaux

Avant la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, la publicité pour les dispositifs médicaux (DM), qu'ils soient remboursables ou non, n'était pas encadrée.

Dans son article 34, la loi a institué un régime d'interdiction de la publicité pour les DM remboursables (à l'exception de ceux présentant un faible risque pour la santé humaine) auprès du grand public et un encadrement *a priori* de cette publicité, auprès des professionnels de santé pour l'ensemble des DM présentant un risque important pour la santé humaine, et du grand public pour les DM non remboursables et présentant un risque important pour la santé humaine. L'autorisation de publicité est délivrée par l'ANSM qui dispose également d'un pouvoir de contrôle de l'ensemble des publicités.

Deux enjeux financiers ont été identifiés depuis :

- Il n'est pas prévu de possibilité de sanctionner financièrement le fabricant ou le distributeur de DM dont la publicité a fait l'objet d'un retrait d'autorisation ou d'une mesure d'interdiction. S'agissant de médicaments il existe par contre la possibilité d'une sanction prononcée par le CEPS.
- par ailleurs, la loi ne prévoit d'interdiction de la publicité que sur des critères de sécurité sanitaire. Or, ce seul critère est insuffisant s'agissant d'une mesure à visée à la fois sanitaire et financière et ne permettra pas de limiter les risques de dépenses injustifiées compte tenu de la publicité qui pourra être faite sur les DM remboursables et plus particulièrement ceux dotés d'un prix limite de vente.

Ce risque est d'autant plus prégnant que le décret n° 2012-743 du 9 mai 2012 relatif à la publicité pour les dispositifs médicaux prévoit que la publicité auprès du public ne doit comporter aucun élément qui « comporterait des offres de primes, objets ou produits quelconques ou d'avantages matériels directs ou indirects de quelque nature que ce soit » ou « se référerait à une recommandation de personnes qui, bien que n'étant ni des scientifiques ni des professionnels de santé, peuvent, par leur notoriété, inciter à l'utilisation de dispositifs médicaux », tout en exonérant de ces deux dispositions l'ensemble des DM de classe I et IIa, soit la totalité des DM non implantables.

Ainsi, en exonérant les dispositifs de classe I et IIa des mesures les plus contraignantes en matière de publicité, le dispositif ne joue pas pleinement son rôle pour les DM remboursables et permettra des offres commerciales ou des campagnes de publicité sur des DM dont les conséquences financières ne pourront être maîtrisées.

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

Mesure proposée :

a. Mesure spécialités pharmaceutiques

S'agissant des spécialités pharmaceutiques, la mesure proposée a pour objet de compléter les trois conditions actuelles d'autorisation de publicité auprès du public afin de supprimer tout risque de détournement aux fins de publicité indirecte pour des spécialités remboursables. L'ANSM qui est en charge de l'octroi des AMM nationales et donc de la validation des noms de médicaments proposés par les industriels aura à tenir compte de cette nouvelle disposition afin de laisser la possibilité aux laboratoires de faire la promotion de leurs produits auprès du public en conformité avec le nouveau cadre juridique.

Par ailleurs, il convient de prévoir une période transitoire pour les spécialités en cause déjà commercialisées et faisant l'objet de campagne de publicité. Il est proposé deux options à l'industriel :

- soit il décide de conserver la dénomination de son produit, auquel cas le visa GP ne lui sera plus octroyé à l'issue d'une période transitoire de 6 mois suivant la publication de l'article de loi ;
- soit il décide de procéder au changement de dénomination de sa spécialité afin de pouvoir conserver la possibilité d'en faire de la publicité auprès du public, il se rapprochera alors des services de l'ANSM dans la même période transitoire.

L'introduction d'une nouvelle condition en matière de publicité s'accompagne d'une sanction pénale correspondante en cas de manquement.

b. Mesures dispositifs médicaux

Compte tenu du dispositif actuel de publicité des DM, il s'avère nécessaire de le compléter en prévoyant d'une part un critère financier pour l'interdiction de publicité et d'autre part une pénalité financière à l'encontre du fabricant ou du distributeur du dispositif médical à l'encontre duquel

l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a prononcé un retrait d'autorisation de publicité ou une mesure d'interdiction de publicité.

Le premier volet de la mesure proposée consiste inclure un critère de faible incidence de la promotion sur les dépenses d'assurance maladie dans les conditions auxquelles les dispositifs médicaux remboursables peuvent être exonérés de l'interdiction de publicité prévue par l'article L.5213-3 du code de la santé publique**.** Seraient ainsi notamment concernés par l'interdiction de publicité notamment les dispositifs médicaux dont le tarif de remboursement est assorti d'un prix limite de vente car ces dispositifs sont ceux dont l'économie est régulée et dont la publicité auprès du grand public serait susceptible d'entrainer des dépenses injustifiées ; mais également d'autres dispositifs médicaux tels que ceux relatifs au maintien à domicile (sièges coquilles par exemple) et ceux à destination d'un grand public (ex :orthèses de type ceinture lombaire) car ces produits peuvent être très hétérogènes quant à leur spécificités techniques et ceux susceptibles, par des campagnes publicitaires grand public déjà régulières, d'entraîner des dépenses injustifiées.

Le second volet de cette mesure a pour objet de permettre au CEPS de prononcer une pénalité financière infligée au fabricant ou au distributeur du dispositif médical à l'encontre duquel l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a prononcé un retrait d'autorisation de publicité ou une mesure d'interdiction de publicité conformément aux articles L. 5213-4 et L. 5213-5 du code de la santé publique. Il s'agit ainsi d'établir pour les dispositifs médicaux une sanction financière équivalente à celle applicable au médicament, pour un motif similaire, au titre de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale.

La pénalité proposée prendra la même forme que l'ensemble des autres pénalités déjà prévues pour le secteur. Cette pénalité ne pourra être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des dispositifs médicaux ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction. Enfin, le montant de la pénalité sera fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure de retrait ou d'interdiction.

Autres options possibles :

Aucune

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

Ces dispositions sont destinées à maîtriser les ventes de spécialités pharmaceutiques remboursables et de dispositifs médicaux et donc à faire obstacle à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. Elles mettent également en place une possibilité de sanctions financières en cas de non respect de l'interdiction de publicité de dispositifs médicaux.

Elles ont donc avant tout un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie et trouvent ainsi leur 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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres dans la mesure où il s'agit de dispositions visant à encadrer la règlementation de la publicité de spécialités pharmaceutiques et de dispositifs médicaux remboursables.

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

Elle est compatible avec le droit européen en vigueur : l'encadrement de la publicité n'entrave pas la libre circulation des biens concernés.

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

a) Possibilité de codification

La réforme conduit à des modifications du code de la santé publique .et à la création d'un article 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 (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
-Saint-Pierre et Miquelon	Non
-Saint-Martin et Saint Barthélémy	Oui
-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Concernant la publicité des médicaments, la dépense évitée serait d'environ 5 M€, soit la limitation d'1 point des ventes induites par les campagnes promotionnelles de produits aux noms similaires.

S'agissant de la publicité des DM, et compte tenu de l'importance des campagnes actuelles sur certains types de dispositifs, la dépense évitée pourrait représenter 0,5 % des montants remboursables du titre I complet et de la part du titre II qui concerne les orthèses. En 2010, le titre I totalisait 3527,8 M€ et les orthèses 360,9 M€. 0,5 % de ces montants représente un peu moins de 20 M€.

Enfin, concernant la pénalité financière attachée au non respect des règles de publicité des DM, la mise en œuvre de sanctions de ce type pour les médicaments ayant conduit à prononcer 1,5 M€ de sanctions en 2010, le rendement pourrait représenter 0,7 M€ (compte tenu du poids respectif des DM et des médicaments). Au rendement des sanctions s'ajoute l'impact positif de l'amélioration de la qualité des messages promotionnels, dont l'effet n'est pas chiffrable.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
Spécialités pharmaceutiques		+ 2,5	+ 5	+ 5	+ 5
Dispositifs médicaux		+20,7	+20,7	+20,7	+20,7

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Impact sur les laboratoires, ainsi que sur les fabricants de dispositifs médicaux.

b) impacts sociaux

Amélioration de la qualité des messages promotionnels.

c) impacts sur l'environnement

Aucun

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

a) impact sur les personnes physiques

Les laboratoires exploitants des spécialités pharmaceutiques et industriels du dispositif médical impactés par la mesure seront tenus de revoir leur stratégie promotionnelle.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Concernant les spécialités pharmaceutiques, il convient tout d'abord de souligner que l'ANSM se prononce déjà sur la recevabilité du nom de chaque médicament, lors du dépôt de demande d'AMM, notamment afin d'éviter tout risque de confusion si le nom d'un médicament se rapproche trop d'un médicament existant.

La mise en pratique de cette mesure supposera cependant que l'administration se forge progressivement quelques principes d'interprétation (notamment pour apprécier le caractère suffisamment direct de la référence implicite à la spécialité remboursable). Pour cela, elle pourra établir, en lien avec l'ANSM, des recommandations pour aider les industriels à respecter la disposition. Par exemple, le refus de tout nom contenant, tel quel, le nom d'un médicament remboursable, auquel serait accolé un préfixe et/ou un suffixe (exemple : Doliprane / Dolipraneoro) ; ou bien tout nom contenant toutes les syllabes sauf une du nom d'un médicament remboursable ou bien insérant une syllabe au milieu du nom du médicament remboursable (exemple : Magné B6 / MagnévieB6).

Concernant les dispositifs médicaux, la mise en œuvre de la mesure et notamment la gestion des pénalités financières sera assurée par le comité économique des produits de santé (CEPS).

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

Non significatif

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

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

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

La mesure concernant les spécialités pharmaceutiques ne requiert pas de texte d'application.

La mesure concernant les dispositifs médicaux nécessite les textes suivants :

- Décret relatif à la pénalité financière infligée par le CEPS au fabricant ou au distributeur du dispositif médical à l'encontre duquel l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a prononcé un retrait d'autorisation de publicité ou une mesure d'interdiction de publicité conformément aux articles L. 5213-4 et L. 5213-5 du code de la santé publique.

  Délai prévisionnel de publication : mai 2013

- Décret et arrêté relatif à l'autorisation de publicité pour les dispositifs médicaux remboursables présentant un faible risque pour la santé humaine ou une faible incidence de leur promotion sur les dépenses d'assurance maladie.

  Délai prévisionnel de publication : juillet 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

La mesure concernant les spécialités pharmaceutiques nécessite une période transitoire de 6 mois afin de permettre aux laboratoires de procéder au changement de nom de leurs spécialités. En particulier, la demande de changement de dénomination correspond à une demande de modification de type IB, qui est instruite dans un délai réglementaire de 60 jours (art. R. 5121-41-4 du CSP). L'ANSM s'appuie sur l'art R. 5121-3 du CSP pour instruire la demande qui prévoit que le nom choisi par le laboratoire doit éviter tout risque de confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité et les propriétés de la spécialité.

La mesure concernant les dispositifs médicaux ne nécessite pas de période transitoire.

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

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- La mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

S'agissant de la mesure sur la publicité pour les spécialités pharmaceutiques

Article L.5122-6 actuel du code de la santé publique	Article L.5122-6 modifié du code de la santé publique
La publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition que ce médicament ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'aucune de ses différentes présentations ne soit remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique, notamment lorsque le médicament n'est pas adapté à une utilisation sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement.	La publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition que ce médicament ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'aucune de ses différentes présentations ne soit remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie**, que sa dénomination ne soit pas une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes d'assurance maladie, y compris une reprise partielle dès lors qu'elle évoque de façon significative ladite dénomination remboursable*** et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique, notamment lorsque le

	médicament n'est pas adapté à une utilisation sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement. **(ces dispositions entrent en vigueur 6 mois après la publication de la présente loi)*
La publicité auprès du public pour un médicament bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une Agence européenne des médicaments, ou dont l'autorisation de mise sur le marché a été modifiée par le biais de la procédure telle que prévue par ce même règlement, peut être interdite ou restreinte pour les motifs cités au premier alinéa, par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.	La publicité auprès du public pour un médicament bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une Agence européenne des médicaments, ou dont l'autorisation de mise sur le marché a été modifiée par le biais de la procédure telle que prévue par ce même règlement, peut être interdite ou restreinte pour les motifs cités au premier alinéa, par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
Par dérogation au premier alinéa, les campagnes publicitaires pour les médicaments mentionnés à l'article L. 5121-2 ou pour des vaccins soumis à prescription médicale ou remboursables peuvent s'adresser au public.	Par dérogation au premier alinéa, les campagnes publicitaires pour les médicaments mentionnés à l'article L. 5121-2 ou pour des vaccins soumis à prescription médicale ou remboursables peuvent s'adresser au public.
Les campagnes publicitaires non institutionnelles auprès du public pour des vaccins mentionnés au troisième alinéa du présent article ne sont autorisées que si les conditions suivantes sont réunies :	Les campagnes publicitaires non institutionnelles auprès du public pour des vaccins mentionnés au troisième alinéa du présent article ne sont autorisées que si les conditions suivantes sont réunies :
1° Ils figurent sur une liste de vaccins établie pour des motifs de santé publique par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Haut Conseil de la santé publique ;	1° Ils figurent sur une liste de vaccins établie pour des motifs de santé publique par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Haut Conseil de la santé publique ;
2° Le contenu de ces campagnes publicitaires est conforme à l'avis du Haut Conseil de la santé publique et est assorti, de façon clairement identifiée, des mentions minimales obligatoires déterminées par cette instance. Ces mentions sont reproduites in extenso, sont facilement audibles et lisibles, selon le support du message publicitaire concerné, sont sans renvoi et sont en conformité avec des caractéristiques définies par arrêté du ministre chargé de la santé.	2° Le contenu de ces campagnes publicitaires est conforme à l'avis du Haut Conseil de la santé publique et est assorti, de façon clairement identifiée, des mentions minimales obligatoires déterminées par cette instance. Ces mentions sont reproduites in extenso, sont facilement audibles et lisibles, selon le support du message publicitaire concerné, sont sans renvoi et sont en conformité avec des caractéristiques définies par arrêté du ministre chargé de la santé.
La publicité auprès du public pour un médicament est nécessairement accompagnée d'un message de prudence et de renvoi à la consultation d'un médecin en cas de persistance des symptômes.	La publicité auprès du public pour un médicament est nécessairement accompagnée d'un message de prudence et de renvoi à la consultation d'un médecin en cas de persistance des symptômes.
Article L5422-5 actuel **du code de la santé publique**	**Article L.5422-5 modifié** **du code de la santé publique**
Est punie de 37500 euros d'amende toute	Est punie de 37500 euros d'amende toute

publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament : 1° Soumis à prescription médicale ; 2° Remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sauf dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5122-6 ; 3° Dont l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement comporte des restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique.	publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament : 1° Soumis à prescription médicale ; 2° Remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sauf dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5122-6 ; 3° Dont l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement comporte des restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique. **4° dont la dénomination est une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes d'assurance maladie, y compris une reprise partielle dès lors qu'elle évoque de façon significative ladite dénomination remboursable*.** **(ces dispositions entrent en vigueur 6 mois après la publication de la présente loi)*

<u>S'agissant de la mesure sur la publicité pour les dispositifs médicaux</u>

	Article L.165-8-1 nouveau du code de la sécurité sociale
	Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité ont été prononcés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre. **Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.** **Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.** **La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base**

	d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. **Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.**
Article L. 5213-3 actuel **du code de la santé publique**	**Article L. 5213-3 modifié** **du code de la santé publique**
Ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, à l'exception des dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale	**Les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public.** **Cette interdiction ne s'applique pas aux dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale en raison de leur faible risque pour la santé humaine ou de la faible incidence de leur promotion sur les dépenses d'assurance maladie. »**

ARTICLE 45

RÉCOMMANDATIONS TEMPORAIRES D'UTILISATION ET PRISE EN CHARGE DE MÉDICAMENTS POUR LESQUELS IL EXISTE DES ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES DANS L'INDICATION

I. Présentation de la mesure

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

Certaines stratégies commerciales peuvent conduire à la commercialisation d'une même molécule sous des noms de marque différents, ce qui permet aux laboratoires d'obtenir une valorisation distincte de cette même molécule dans différentes indications. En pratique, certaines firmes, par stratégie industrielle ou commerciale, ne développent pas une spécialité dans une indication donnée. Cela conduit à la présence sur le marché, dans cette indication, d'une seule spécialité pharmaceutique.

Cette situation monopolistique, alors même que d'autres spécialités pourraient obtenir la même indication, rend difficile la négociation du prix, pour la spécialité ayant obtenu l'AMM dans cette indication, ce qui génère des dépenses importantes pour l'assurance maladie. Cela induit en outre des prescriptions hors-AMM et donc un risque de sécurité sanitaire en l'absence de cadre établi par les autorités sanitaires, le laboratoire refusant de demander une extension de l'AMM.

Les pouvoirs publics ne peuvent pas, *a priori,* contraindre un laboratoire exploitant une spécialité utilisée hors AMM à étendre les indications thérapeutiques de l'AMM de la spécialité concernée (ni *a fortiori* le contraindre à déposer une demande de prise en charge par l'assurance maladie et à solliciter un prix administré).

Aussi, afin de résoudre cette situation insatisfaisante, il est proposé d'étendre la possibilité d'élaborer, à titre exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Cette possibilité est conditionnée, soit à un impératif de santé publique (comme celui de la sécurisation de prescriptions hors AMM), soit à une exigence de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. La RTU sera élaborée par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM).

Il est donc nécessaire de légiférer, afin d'adapter d'une part le code de la santé publique (CSP) pour prévoir qu'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) peut être élaboré par l'ANSM y compris en présence d'alternative thérapeutique et d'autre part le code de la sécurité sociale (CSS) pour organiser la prise en charge par l'assurance maladie dans les indications thérapeutiques validées par cette RTU.

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

Mesure proposée :

Donner la possibilité à l'ANSM d'établir une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité dans des indications différentes de celles de son AMM, y compris en présence d'alternative médicamenteuse disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), dès lors qu'il existe un besoin de santé publique ou que l'enjeu financier pour les finances de l'assurance maladie le justifie et que la firme n'a pas demandé et ne souhaite pas demander une extension de l'AMM En effet, les RTU, ne peuvent, aux termes de l'article L.5121-12 du CSP, être élaborées par l'ANSM qu'en l'absence d'alternatives thérapeutiques. La proposition est complétée par les dispositions nécessaires, organisant la prise en charge par l'assurance maladie, en apportant les adaptations au circuit « classique » de prise en charge du médicament reposant sur une démarche volontaire du laboratoire, principe auquel la mesure proposée déroge puisque l'inscription au remboursement dans la nouvelle indication est initiée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale.

Autres options possibles :

Une autre option serait la tenue d'une négociation des pouvoirs publics avec l'industriel concerné en vue d'une extension d'indication thérapeutique pour un produit, et/ou d'une baisse de prix par le CEPS pour l'autre produit. Ces options, dans les cas concernés, ont déjà connu par le passé un refus catégoriques de la part des laboratoires et n'ont pu être mises en œuvre.

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

Cette mesure génère une économie pour les régimes de base de l'assurance maladie (cf. infra sur l'impact financier) et trouve donc 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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

Elle relève de la seule compétence des Etats membres s'agissant du panier de soins remboursables.

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

Ne peuvent faire l'objet d'une RTU que des médicaments déjà sur le marché et disposant donc d'une AMM octroyée conformément au droit communautaire. L'élaboration d'une RTU poursuit :

- un objectif de sécurité sanitaire visant à encadrer la pratique médicale (prescriptions hors-AMM)
- un objectif financier, la pratique médicale ainsi encadrée permettant que s'établisse une concurrence entre produits.

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

a) Possibilité de codification : dans le code de la santé publique et dans le code de la sécurité sociale

Le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Un chiffrage réalisé à partir de plusieurs situations actuelles pour lesquelles une RTU telle que décrite ci-dessus pourrait exister représenterait un impact financier estimé à 8 M€ en 2013, à 68 M€ en 2014 et 112 M€ au cours des années suivantes. Ce chiffrage est fondé sur l'hypothèse de l'inscription sur les listes de médicaments remboursables au titre de la RTU en novembre 2013 (délai nécessaire à la réalisation d'une RTU et à l'inscription au remboursement) et sur une hypothèse de report de prescription d'une spécialité à l'autre de 30 % en 2014 et 50 % au cours des années suivantes.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 R***	***2014***	***2015***	***2016***
Régimes obligatoires de base de l'assurance maladie		+ 8	+68	+112	+112

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Les gains pour l'assurance maladie se traduisent par une diminution du chiffre d'affaires des laboratoires et fabricants.

b) impacts sociaux

Aucun

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

La proposition facilite l'accès à des traitements médicamenteux.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Aucun

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

Aucun

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi

Aucun

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

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

La mesure nécessite :

- un décret en conseil d'Etat prévu pour être publié à la fin du premier semestre 2013 ;
- un arrêté d'inscription sur les listes de médicaments remboursables et avis de prix spécifique pour chaque médicament ayant fait l'objet du RTU au cas par cas.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Non

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

Oui : nombre de RTU élaborées par l'ANSM et donnant lieu à une inscription au remboursement.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.5121-12-1 actuel du code de la santé publique	**Article L.5121-12-1 modifié du code de la santé publique**
I. - Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation, sous réserve :	I. - Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation, sous réserve :
1° Que l'indication ou les conditions d'utilisation considérées aient fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, cette recommandation ne pouvant excéder trois ans ;	1° Que l'indication ou les conditions d'utilisation considérées aient fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, cette recommandation ne pouvant excéder trois ans ;
2° Ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.	2° Ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.
II. - Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont mises à disposition des prescripteurs.	II. - Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont mises à disposition des prescripteurs.

III. - Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché”. Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite. Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient. IV. - Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché. Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Concernant les maladies rares, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins. Ces recommandations sont assorties d'un recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite, dans des conditions précisées par une convention conclue avec l'agence. La convention peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation.	III. - Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché”. Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite. Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient. IV. - Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché. Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Concernant les maladies rares, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins. Ces recommandations sont assorties d'un recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite, dans des conditions précisées par une convention conclue avec l'agence. La convention peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation. **V. - Par dérogation aux dispositions du I, en présence d’alternative médicamenteuse appropriée disposant d’une autorisation de mise sur le marché, une spécialité pharmaceutique peut faire l’objet d’une recommandation temporaire d’utilisation, établie, dans les conditions prévues au I. Cette recommandation temporaire d’utilisation ne peut être établie que dans l’objectif, soit de remédier à un risque avéré pour la santé publique, soit d’éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l’assurance maladie.**

Article L. 162-17-2-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-17-2-1 modifié du code de la sécurité sociale
Lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre des biens et services remboursables pour le traitement d'une affection de longue durée remplissant les conditions prévues aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3 du présent code ou d'une maladie rare telle que définie par le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et la convention afférente conclue entre l'entreprise et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues. Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à	Lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue **au I de l'article L. 5121-12-1** du code de la santé publique, tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre des biens et services remboursables pour le traitement d'une affection de longue durée remplissant les conditions prévues aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3 du présent code ou d'une maladie rare telle que définie par le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et la convention afférente conclue entre l'entreprise et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues. Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à

l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent en outre être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation.	l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent en outre être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation.
Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, il est pris en charge ou remboursé en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.	Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, il est pris en charge ou remboursé en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.
Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.	Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.	Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.
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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.	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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles et les délais de procédure, les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.	Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles et les délais de procédure, les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

	Article L. 162-17-2-2 nouveau du code de la sécurité sociale
	Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. **Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application de l'alinéa précédent, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.** **A défaut :** **- le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité en tenant compte principalement, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;** **- le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé.** **Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa, et à la fixation**

	de son prix et du taux de participation de l'assuré.

ARTICLE 46

RÉGULATION DE LA VISITE MEDICALE À L'HOPITAL

I. Présentation de la mesure

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

La visite médicale en milieu hospitalier avait fait l'objet par la loi du 29 décembre 2012 d'un encadrement sous forme d'une expérimentation, pour une durée limitée (ne pouvant excéder deux ans), qui imposait la pratique de la visite médicale sous forme collective, c'est-à-dire devant plusieurs professionnels de santé ; cette mesure concernait un nombre très limité de produits de santé, et devait être appliquée dans des conditions définies par une convention conclue entre chaque établissement de santé et chaque laboratoire exploitant de produit promu, convention dont les modalités étaient définies par un arrêté.

La Haute Autorité de santé (HAS), qui avait en charge l'évaluation du dispositif, avait engagé des travaux en organisant des premières réunions. Il s'avère que le dispositif et son évaluation souffraient de nombreuses critiques formulées par les principaux intéressés (hospitaliers et industriels) qui dénonçaient sa lourdeur. Par ailleurs, pour les hospitaliers, le champ des produits concernés apparaissait trop restreint.

Il convient de faire évoluer le dispositif afin de sécuriser l'encadrement de la visite médicale collective au sein des établissements de santé, mais aussi afin de l'utiliser comme un levier pour améliorer la qualité des soins et réduire l'impact financier des prescriptions hospitalières exécutées en ville, au travers de l'amélioration de l'information des professionnels de santé.

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

Mesure proposée :

Il s'agit de remplacer l'expérimentation initialement prévue par une disposition pérenne qui concernerait l'ensemble des médicaments et dont le fonctionnement est simplifié pour les établissements de santé et les industriels.

Il est fait obligation aux établissements de santé d'encadrer dans leur règlement intérieur les modalités d'accueil de la visite médicale, sous forme collective ; sera ainsi « économisée » la signature des multiples conventions avec les laboratoires, ce qui aurait mobilisé beaucoup de ressources. La certification de l'ES pourrait également participer à la mise en œuvre de cette disposition.

Par ailleurs, l'élargissement du périmètre de la visite médicale collective à l'ensemble des médicaments a le mérite de simplifier le dispositif (il est difficile au visiteur médical de séquencer sa visite selon la distinction des produits de santé établies par la loi) et surtout de traiter l'amélioration du bon usage de l'ensemble des médicaments (et non pas seulement ceux qui pourront être ensuite prescrits en ville).

L'évaluation par la HAS des mesures prises par les différents établissements devra permettre d'évaluer l'impact du dispositif sur les volumes et la pertinence des prescriptions hospitalières, et d'étudier l'élargissement de cette mesure ainsi que de certaines des initiatives qu'auront pris les établissements de santé dans leurs règlements intérieurs à la médecine de ville et, le cas échéant à l'ensemble des produits de santé (y compris les dispositifs médicaux).

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif poursuivi.

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

Ces dispositions sont destinées à maîtriser les ventes de spécialités pharmaceutiques remboursables et donc à faire obstacle à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. Elles ont donc un effet

direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie (au titre de l'ONDAM) et trouvent ainsi leur 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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Il est prévu une codification partielle de la mesure aux articles L. 6143-7 et L. 6161-2 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est remplacé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact de la mesure est principalement attendu sur les prescriptions hospitalières de médicaments dispensés en ville, par une contribution à l'amélioration du bon usage des produits instaurés à l'hôpital, par l'amélioration de la qualité de l'information apportée aux professionnels de santé. L'enjeu financier de ces prescriptions hospitalières de médicaments dispensés en ville est de plus de 4 Md€ avec une croissance soutenue de +4,5 % en 2011.

Si cette mesure infléchit de 0,5 % le nombre de boîtes de médicaments prescrits toutes classes confondues (environ 115 M€ au 1er semestre 2011), on peut générer une **économie d'environ 10 M€** sur les dépenses remboursées. Cette mesure constitue donc un levier complémentaire au programme de gestion du risque des ARS portant sur les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville dont l'objectif d'économie fixé pour 2012 était de 50 M€.

Par ailleurs, l'élargissement du périmètre de la visite médicale collective à l'ensemble des médicaments a le mérite de simplifier le dispositif (il est difficile au visiteur médical de séquencer sa visite selon la distinction des produits de santé établie par la loi) et surtout de traiter l'amélioration du bon usage de l'ensemble des médicaments (et non pas seulement ceux qui pourront être ensuite prescrits en ville).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
Régimes obligatoires de l'assurance maladie (ONDAM)		+10	+10	+10	+10

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Les gains pour l'assurance maladie se traduisent par une diminution du chiffre d'affaires des laboratoires et fabricants.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques :

Sans objet

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

La mesure sera gérée par les établissements de santé qui devront encadrer dans leur règlement intérieur les modalités d'accueil de la visite médicale sous forme collective. La signature des multiples conventions avec les laboratoires qui auraient mobilisé de très importantes ressources au sein de ces établissements sera ainsi supprimée.

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

Non significatif.

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi

Aucun

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

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

Article d'application directe

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L6143-7 actuel **du code de la santé publique…**	**Article L6143-7 modifié** **du code de la santé publique**
Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.	Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.
Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.	Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à **17**° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.
Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux,	Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux,

pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.	pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.
Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.	Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.
Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.	Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.
Après concertation avec le directoire, le directeur :	Après concertation avec le directoire, le directeur :
1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;	1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;	2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;	3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;	4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;	5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;	6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;	7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;	8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux	9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux

de plus de dix-huit ans ; 10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ; 11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ; 12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ; 13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ; 14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ; 15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ; 16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7. Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret	de plus de dix-huit ans ; 10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ; 11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ; 12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ; 13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ; 14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ; 15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ; 16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7. **17°Arrête, en application du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et de rééducation médico-technique.** Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret
Article L6161-2 actuel **du code de la santé publique**	**Article L6161-2 modifié** **du code de la santé publique**
Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. La conférence donne son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.	Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. La conférence donne son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.

Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de santé selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-3.	Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de santé selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-3.
La conférence médicale contribue à la définition de la politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale d'établissement est consultée sur tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L. 6112-2.	La conférence médicale contribue à la définition de la politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale d'établissement est consultée sur tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L. 6112-2. **En application du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, le représentant légal de l'établissement définit les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la conférence médicale d'établissement.**
L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.	L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.
Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.	Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.
Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent.	Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent.
La conférence médicale d'établissement est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.	La conférence médicale d'établissement est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.
Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence médicale d'établissement est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier.	Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence médicale d'établissement est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier.

Article 30 actuel de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé	Article 30 modifié de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé
I. — A titre expérimental et pour une période ne pouvant excéder deux ans, l'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription hospitalière initiale ou non ainsi que des produits visés à l'article L. 5211-1 du même code, effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans les conditions définies par convention conclue entre chaque établissement de santé et l'employeur de la personne concernée, dont les modalités sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Avant le 1er janvier 2013, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan de l'expérimentation prévue au premier alinéa, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé. Ce rapport peut proposer les évolutions législatives découlant du bilan, notamment en ce qui concerne la pérennisation des dispositions en cause ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.	**I. - L'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans les conditions définies par un décret en Conseil d'État et selon des modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement.**

ARTICLE 47

ABROGATION DE LA CONVERGENCE

I. Présentation de la mesure

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

a. Rappel de l'historique législatif

Instaurée par la LFSS pour 2004, la tarification à l'activité (T2A) a unifié les modes de financement des activités MCO, tout en créant deux échelles tarifaires distinctes entre le secteur antérieurement sous dotation globale (public et « privé participant au service public hospitalier »-PSPH pour l'essentiel) et le secteur antérieurement financé sous OQN (cliniques privées pour l'essentiel). L'écart important entre les niveaux tarifaires des deux échelles (chiffré autour de 40 % à ce moment, après réintégration des honoraires médicaux et des actes d'imagerie et de biologie) a justifié l'inscription dans la loi du principe de convergence tarifaire entre les deux échelles (VII de l'article 33 de la LFSS pour 2004). Le texte initial a subi plusieurs évolutions. Initialement fixé à 2012, le terme de la convergence a été reporté à 2018 par la LFSS de 2010, afin de disposer d'études robustes éclairant les écarts de coûts entre les deux secteurs, de tenir compte des missions exercées par chacun, et d'accompagner la soutenabilité financière et le rythme déjà imposé par la convergence intrasectorielle, consistant à faire converger les modes de financement au sein d'un même secteur (processus terminé dès 2011). La LFSS pour 2008 précisait que le processus de convergence était orienté vers les tarifs des cliniques privées, considérées comme les plus efficientes par l'IGAS. Cette allégation n'étant pas vérifiée pour tous les GHM (groupes homogènes de malades), l'article 33 a été modifié par la LFSS pour 2011 afin de mettre en œuvre une convergence vers le tarif le plus bas, quel que soit le secteur.

b. Historique du chemin parcouru : Bilan de la convergence

Il a été opéré en 5 ans une réduction de moitié de l'écart facial des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) entre les secteurs ex-DG et ex-OQN : l'écart estimé sur le case-mix (activité) du secteur public s'est réduit de 40 % en 2006 à 22 % en 2011 et celui estimé sur le case-mix du privé de 29 % en 2006 à 15 % en 2011. Deux types de mécanismes ont permis cette réduction :

- une meilleure objectivation des différences de missions réalisées par les deux secteurs, (PDSES médicale, prise en charge des patients en situation de précarité, financement des internes, nature de l'activité réalisée par chaque secteur – mis en évidence par la V11), qui s'est traduite dans les trois premiers cas par le transfert du financement correspondant des tarifs des GHS vers la dotation MIGAC ;
- un processus de convergence des tarifs, ciblé sur certaines prises en charges (GHM), pour un montant cumulé d'économies de 450 millions d'€ sur trois ans imputé sur le seul secteur ex-DG. Ce processus était fondé sur la recherche de GHM présentant une homogénéité médico-économique, justifiant une convergence ou un rapprochement des tarifs. L'exercice 2012 a montré que ce processus était arrivé à son terme et qu'il était difficile d'aller plus loin du fait de l'hétérogénéité des prises en charge entre les deux secteurs.

c. Assumer deux secteurs avec des fonctionnements différents et valoriser pleinement les missions de service public assurées par l'hôpital public

La T2A porte en elle-même un objectif d'équité dans l'allocation des ressources : la même prestation ou la même mission est financée au même niveau. Il est néanmoins nécessaire de prendre en compte le fait que les secteurs public et privé remplissent des obligations différentes.

Des différences de fond existent entre les établissements de santé, en termes de modes de prises en charge, de contraintes d'organisation ou de coût des personnels. La spécificité des missions réalisées

par l'hôpital public, notamment en termes de populations prises en charge, doit être reconnue et valorisée.

En outre, sur l'hospitalisation des patients, le secteur public réalise 40 % de son activité sur des prises en charges peu standardisées, non décrites par des actes (médecine hors techniques interventionnelles), quand le secteur privé est positionné sur des prises en charges financées « à l'acte » pour près de 90 % de l'activité du secteur (chirurgie, techniques interventionnelles, maternité). Les actes standardisés et les GHM homogènes des deux secteurs ont déjà été rapprochés au maximum par la convergence ciblée. Les écarts de tarifs restants concernent essentiellement des activités hétérogènes entre les secteurs, comme indiqué *supra*.

Compte tenu de l'écart de tarifs (estimé sur le case-mix du privé, qui approche le mieux le périmètre des prestations les plus homogènes entre les secteurs) actuellement inférieur à 15 %, et pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, la fin de la convergence tarifaire paraît justifiée.

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

La mesure retenue consiste à supprimer l'article concernant la convergence tarifaire et à supprimer, par voie de conséquence, la disposition prévoyant que le rapport au Parlement sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, prévu à l'article L. 162-22-19 du CSS, comporte une partie relative au processus de convergence des tarifs.

Mesure proposée :

Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est abrogé.

Le 3° de l'article L162-22-19 du CSS est abrogé.

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

Il s'agit de supprimer un article issu d'une LFSS antérieure. De plus, cet article a un impact sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie : la convergence tarifaire se traduisait en pratique par une économie pour l'assurance maladie via le mécanisme d'alignement progressif sur les tarifs les plus bas.

La mesure prend donc 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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Oui

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

a) Possibilité de codification

Oui, en ce qui concerne la modification de l'article L. 162-22-19 du CSS.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'arrêt de la convergence nécessite :

- d'abroger le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 portant sur le processus de convergence des tarifs ;

- et par voie de conséquence, d'abroger le 3° de l'article L.162-22-19 du CSS.

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

La mesure prendra effet directement dans les collectivités d'outre-mer où la T2A s'applique d'ores et déjà (tableau ci-dessous).

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La poursuite de la convergence selon le rythme de ces trois dernières années se serait traduit par une économie comprise entre 100 et 150 M€ pour 2013.

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

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

Néant

c) impacts sur l'environnement

Néant

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

a) impact sur les personnes physiques

Néant

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Néant

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

Néant

d) impact budgétaire

La convergence est considérée comme une économie portant sur la part tarifs MCO du secteur public dans le cadre de la construction des objectifs de l'ONDAM hospitalier. Sa mise en œuvre avait pour conséquence de diminuer la marge tarifaire MCO du secteur public. Sa suppression n'a donc pas d'impact sur la structuration interne de l'ONDAM établissements de santé.

Cette disposition a néanmoins sa place dans un PLFSS car :

- elle modifie une disposition d'une LFSS antérieure ;
- elle a un effet indirect sur l'équilibre financier des comptes sociaux (1° du C du V de l'article LO 111-3 CSS) car *induit l'arrêt de certaines mesures d'économie portant sur l'ONDAM hospitalier.*

e) impact sur l'emploi

Néant

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

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

Néant

2. Existence de mesures transitoires ?

Néant

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

Immédiat

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 33 actuel **de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**	**Article 33 modifié** **de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**
[…]	[…]

VII.-Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas. A compter du 1er janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent. […]	~~VII.-Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas.~~ ~~A compter du 1er janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent.~~ […]
Article L162-22-19 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L162-22-19 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur : 1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ; 2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du	Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur : 1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ; 2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du

périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ; 3° Le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003). A ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.	périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ; ~~3° Le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003). A ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.~~
Article 1er actuel **de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009**	**Article 1er modifié** **de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009**
XX.-Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ils prennent la qualification d'établissement de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de leur part notifiée par leur représentant légal au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. […] XXI.-Les établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale, en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée. […] XXII.-Les centres de lutte contre le cancer mentionnés à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, outre les missions qui leur sont assignées par la loi, les missions prévues à	XX.-Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ~~ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003~~ de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ils prennent la qualification d'établissement de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de leur part notifiée par leur représentant légal au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. […] XXI.-Les établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale, en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ~~ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée~~. […] XXII.-Les centres de lutte contre le cancer mentionnés à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, outre les missions qui leur sont assignées par la loi, les missions prévues à

leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée. […]	leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ~~ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.~~ […]

ARTICLE 48

AUTORISATION D'EMISSION DE BILLETS DE TRESORERIE PAR CERTAINS ETABLISSEMENTS DE SANTE

I. Présentation de la mesure

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

Les établissements publics de santé (EPS) doivent disposer d'un solde positif sur leur compte au Trésor conformément au 2° de l'article 26 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. Pour pallier le décalage éventuel entre leurs flux d'encaissement et de décaissement et optimiser ainsi leur gestion financière, certains établissements ont recours à des lignes de crédit de trésorerie.

Dans le contexte bancaire actuel, l'accès à ces lignes de crédit de trésorerie est devenu moins aisé. Ces difficultés se traduisent notamment par un non renouvellement des lignes de crédit de trésorerie précédemment souscrites ou par une diminution du plafond de tirage autorisé.

Dans ce contexte, l'Etat a dû demander à l'assurance maladie d'intervenir, d'une part pour permettre à plusieurs établissements publics de santé de faire face en urgence à des difficultés de trésorerie et, d'autre part, pour diminuer la contrainte sur l'ensemble du secteur notamment en modifiant par arrêté en date du 18 août 2012 les échéances de versement des crédits assurance maladie aux hôpitaux, pesant ainsi sur la trésorerie du régime général (ACOSS).

Ce coût pour l'assurance maladie n'est pas justifié.

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

Mesure proposée :

La disposition vise à modifier l'article L. 213-3 du code monétaire et financier afin d'autoriser les centres hospitaliers régionaux (CHR) listés par décret, à l'instar des collectivités locales, à émettre des bons de trésorerie, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret.

La liste des CHR fera l'objet d'une fixation par décret afin de limiter le bénéfice de la mesure aux établissements disposant d'une surface financière suffisante et de la capacité à assumer de manière sécurisée une telle fonction sur les marchés financiers. Cette nouvelle possibilité d'émettre des titres de court terme fera l'objet d'un pilotage resserré tant régional et que national.

Ces dispositions doivent permettre de garantir le bon usage de cet outil dans le cadre d'un impératif plus général de maîtrise des finances publiques.

Elles complètent les possibilités d'émissions obligataires dont disposent les établissements de santé en tant qu'établissements publics disposant d'une autonomie administrative et financière[36] dans la limite et sous les réserves du contrôle exercé par l'ARS (article L. 6143-4 du code de la santé publique).

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

Cette mesure a un effet sur les charges des établissements de santé, dans la mesure où le différentiel actuel de taux entre l'accès direct au marché et les taux bancaires est d'environ 200 points de base.

[36] Règles applicables à tous les emprunteurs, qui régissent l'émission de titres. Il s'agit des dispositions des lois et décrets - notamment la loi du 2 juillet 1996 de modernisation des activités financières, la loi du 2 juillet 1998 portant DDOEF (article 30) et le décret n° 98-880 du 1er octobre 1998 -, des règlements n° 98-01 et 98-08 de la Commission des opérations de bourse (COB) et des règlements du Conseil des marchés financiers.

Par ailleurs, pour pallier les difficultés de trésorerie des établissements de santé dans le contexte d'accès restreint au crédit, l'Etat a dû demander cet été à l'assurance maladie de modifier les échéances de versement par les caisses de sécurité sociale aux établissements de santé, reportant ainsi sur le régime général (ACOSS) le coût de trésorerie, alors même que la capacité d'emprunt de ce dernier est strictement limitée en LFSS.

Les tensions sur le marché bancaire se sont donc d'ores et déjà traduites par des coûts pour la sécurité sociale en 2012.

La présente disposition permettra de limiter ces coûts sur 2013 et donc les dépenses de la branche maladie du régime général. Elle a donc sa place en quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen en vigueur.

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

a) Possibilité de codification

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'effet attendu est une diminution de 200 points de base de l'accès au financement pour les établissements de santé concernés sur une base de 1 Md€ d'emprunt. Le tendanciel de charges hospitalières à couvrir par l'ONDAM, compte tenu du resserrement du marché du crédit qui renchérit les frais financiers des établissements de santé, en est d'autant diminué.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Coût évité par la mesure pour la branche maladie du régime général		+ 20	+ 20	+ 20	+ 20

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Diminution des charges des établissements de santé et donc des dépenses de la branche maladie du régime général.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée par les CHR concernés dans le cadre d'un pilotage resserré tant régional que national.

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

L'impact sera marginal pour les établissements concernés

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée par des spécialistes des questions financières.

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

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

Un décret simple fixera la liste des établissements autorisés à émettre et les plafonds associés. Il sera publié au début de 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non, mais un suivi très précis de la mesure sera assuré par les services ministériels compétents.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L213-3 *actuel* du code monétaire et financier	**Article L213-3 *modifié*** du code monétaire et financier
Sont habilités à émettre des titres de créances négociables :	Sont habilités à émettre des titres de créances négociables :
1. Les établissements de crédit, les entreprises d'investissement et la caisse des dépôts et consignations, sous réserve de respecter les conditions fixées à cet effet par le ministre chargé de l'économie ;	1. Les établissements de crédit, les entreprises d'investissement et la caisse des dépôts et consignations, sous réserve de respecter les conditions fixées à cet effet par le ministre chargé de l'économie ;
2. Les entreprises autres que celles mentionnées au 1, sous réserve de remplir les conditions de forme juridique, de capital et de contrôle des comptes requises pour procéder à une offre au public de titres financiers ou à une admission de titres financiers aux négociations sur un marché réglementé et dont le capital social est précisé par décret, ou des conditions équivalentes pour les entreprises ayant un siège social à l'étranger ;	2. Les entreprises autres que celles mentionnées au 1, sous réserve de remplir les conditions de forme juridique, de capital et de contrôle des comptes requises pour procéder à une offre au public de titres financiers ou à une admission de titres financiers aux négociations sur un marché réglementé et dont le capital social est précisé par décret, ou des conditions équivalentes pour les entreprises ayant un siège social à l'étranger ;
3. Les entreprises du secteur public dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées au 2 ;	3. Les entreprises du secteur public dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées au 2 ;
4. Les entreprises du secteur public ne disposant pas de capital social mais qui sont autorisées à procéder à une offre au public ;	4. Les entreprises du secteur public ne disposant pas de capital social mais qui sont autorisées à procéder à une offre au public ;
5. Les groupements d'intérêt économique et les sociétés en nom collectif, composés exclusivement de sociétés par actions satisfaisant aux conditions prévues au 2 ;	5. Les groupements d'intérêt économique et les sociétés en nom collectif, composés exclusivement de sociétés par actions satisfaisant aux conditions prévues au 2 ;
6. Les institutions de la Communauté européenne et les organisations internationales ;	6. Les institutions de la Communauté européenne et les organisations internationales ;
7. La caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance n° 96-	7. La caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance n° 96-

50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;	50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;
8. Les collectivités locales et leurs groupements ;	8. Les collectivités locales et leurs groupements ;
9. Les associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou par les articles 21 à 79 du code civil local applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et répondant aux conditions prévues pour l'émission d'obligations par appel public à l'épargne ;	9. Les associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou par les articles 21 à 79 du code civil local applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et répondant aux conditions prévues pour l'émission d'obligations par appel public à l'épargne ;
10. Les Etats ;	10. Les Etats ;
11. Les organismes de titrisation ;	11. Les organismes de titrisation ;
12. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.	12. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.
	13. Les centres hospitaliers régionaux, dont la liste est fixée par décret, et dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret.
Un décret précise les conditions que doivent remplir les émetteurs mentionnés aux 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 et fixe les conditions d'émission des titres de créances négociables.	Un décret précise les conditions que doivent remplir les émetteurs mentionnés aux 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 **et 13** fixe les conditions d'émission des titres de créances négociables.

ARTICLE 49 - I

PASSAGE A LA FACTURATION INDIVIDUELLE

DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EX-DG

I. Présentation de la mesure

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

La mise en place de la facturation individuelle des consultations et des séjours des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif vise à permettre de disposer directement de données détaillées sur les prestations de santé des établissements concernés en vue d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé et d'une simplification des démarches pour l'ensemble des acteurs : patients, établissements de santé, organismes d'assurance maladie et réseau de la DGFiP.

Lors du passage à la tarification à l'activité (T2A) en 2007, un mécanisme de facturation dérogatoire avait été mis en place à titre provisoire pour les établissements anciennement financés sous dotation globale. Cette procédure dérogatoire a plusieurs fois été prolongée, la date de généralisation de la facturation individuelle ayant dernièrement été fixée au 1er janvier 2013 par la LFSS pour 2011 (article 64).

En parallèle, l'article 54 de la LFSS 2009 a prévu une expérimentation de ce processus de facturation. Cette expérimentation est en cours de déploiement sous l'égide d'un chef de projet interministériel et d'un comité de pilotage réunissant la Secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, le directeur général de l'offre de soins, le directeur de la sécurité sociale, le directeur général des finances publiques et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) au sein d'un vivier de 55 établissements expérimentateurs.

D'ores et déjà, les premiers enseignements de cette expérimentation permettent d'envisager une généralisation du dispositif à partir du 1er janvier 2013 mais de manière graduelle. Une intervention du législateur s'avère donc nécessaire.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de généraliser de manière progressive la facturation directe et individuelle des actes et consultations externes et des séjours des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif du dispositif. Le calendrier de généralisation tiendra compte de la taille et de la catégorie des établissements, l'impact sur l'organisation de la facturation étant plus important au sein des établissements de plus grande taille.

La généralisation interviendrait à compter de 2013 pour les actes et consultations externes. Elle interviendrait après l'étape d'expérimentation à compter de 2014 pour les séjours.

Cette généralisation concernerait l'ensemble des établissements d'ici le 1er mars 2016.

Autres options possibles :

Une autre option serait de reconduire l'expérimentation de la facturation mais les travaux menés depuis 2010 dans le cadre du projet Fides permettent d'engager dès 2013 la généralisation progressive du dispositif.

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

La mesure proposée, consistant à modifier des dispositions de précédentes lois de financement de la sécurité sociale, nécessite un vecteur législatif.

La généralisation de la facturation directe des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en permettant d'accéder au fil de l'eau aux données détaillées et fiabilisées des prestations des hôpitaux publics et des établissements de santé privés à bun non lucratif. Elle contribuera à un meilleur contrôle a priori des sommes dues à ces établissements par les régimes d'assurance maladie obligatoire. Elle prend 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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet

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

a) Possibilité de codification

Non (modification de dispositions non codifiées).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les études préalables à l'expérimentation, validées lors du comité de pilotage du projet du 23 juin 2010, avaient estimé que la mise en place de la facturation directe serait globalement neutre en

trésorerie pour les établissements de santé et les organismes d'assurance maladie. Les premiers enseignements de l'expérimentation conduisent à confirmer l'absence d'impact en trésorerie.

Des indicateurs sont mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation et seront étayés dans le cadre de la généralisation progressive pour s'assurer de la neutralité financière de cette réforme en trésorerie.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P ou R***	***2014***	***2015***	***2016***
		-	-	-	-

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun

b) impacts sociaux

Aucun

c) impacts sur l'environnement

Aucun

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

a) impact sur les personnes physiques

Aucun

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

Impacts pour les établissements de santé et pour les caisses d'assurance maladie obligatoire évalués dans le cadre de l'expérimentation.

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

Impacts sur les systèmes d'information de l'assurance maladie obligatoire mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation.

d) impact budgétaire

Impacts pris en compte dans le cadre des conventions d'objectifs de gestion et leurs schémas directeurs des systèmes d'information.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera mise en oeuvre avec les effectifs en place.

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

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

Les textes d'application nécessaires sont les suivants :

- un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du comité consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, pour déterminer les modalités d'application de l'article L. 174-2-1 CSS qui va entrer progressivement en vigueur au sein des établissements de santé (premier semestre 2013) ;

- un décret simple fixant les modalités calendaires de déploiement (premier semestre 2013).
- des arrêtés mensuels listant les établissements entrant dans le dispositif distinguant potentiellement l'entrée en vigueur dans le dispositif pour les actes et consultations externes, d'une part, et les séjours d'autre part.

2. Existence de mesures transitoires ?

Les mesures transitoires édictées au I de l'article 33 de la LFSS pour 2004 pour les établissements qui ne sont pas encore entrés dans le champ de la facturation directe (généralisation progressive d'ici le 1er mars 2016) sont maintenues.

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

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Ils existent dans le cadre de l'expérimentation et seront maintenus dans la phase de généralisation, notamment pour assurer le suivi des délais de facturation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 33 actuel **de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**	**Article 33 modifié** **de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**
Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1er janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1er mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :	Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1er janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1er mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :
I.-Jusqu'au 1er janvier 2013, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à	I~~.-Jusqu'au 1er janvier 2013~~, **P**ar dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à

échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.	échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.
Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.	Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.
L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.	L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.	L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.
L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.	L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.
	Cette dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale prend fin au plus tard au 1er mars 2016 selon des modalités calendaires précisées par décret tenant compte de la catégorie des établissements et distinguant les actes et consultations externes, d'une part, et les prestations d'hospitalisation ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 d'une part.

ARTICLE 49 - II

REPORT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE AUX FRAIS D'HOSPITALISATION SUR LA BASE DES TARIFS NATIONAUX DE PRESTATION ISSUS DES GROUPES HOMOGENES DE SEJOUR (GHS)

I. Présentation de la mesure

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

Lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé, a été mis en place un dispositif transitoire permettant aux établissements de santé antérieurement financés sous dotation globale (établissements publics et établissements privés à but non lucratif) de continuer à calculer la participation financière des assurés aux frais de soins (ticket modérateur) sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS).

Cette phase transitoire était rendue nécessaire pour deux motifs. Le premier résidait dans l'impossibilité pour ces établissements d'établir une facturation individuelle directe sur la base des tarifs nationaux au moment de la mise en œuvre de la réforme du financement. Le second est lié à l'effet financier de cette modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur compte tenu du périmètre restreint des tarifs nouvellement définis par rapport au financement global du séjour qui repose également sur des forfaits annuels et des dotations (MIGAC).

La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) étant progressivement montée en charge depuis 2004, les dispositions de l'article 33 de la LFSS pour 2004 modifiées par la LFSS pour 2009 prévoient de modifier l'assiette sur laquelle porte le calcul du ticket modérateur en passant des TJP aux groupes homogènes de séjours (GHS) au 1er janvier 2013, permettant ainsi l'achèvement de la réforme.

Toutefois, un tel changement d'assiette pour le calcul de la participation des assurés aurait des conséquences financières importantes pour les établissements de santé concernés, les montants des TJP (qui couvrent un périmètre de dépenses plus large que les GHS) étant en moyenne bien supérieurs aux montants des GHS. Les services de l'Etat estiment que la perte financière pour les établissements concernés se situe entre 500 M€ et 1 Md€.

Cette réforme reste cependant nécessaire dans son principe car à l'heure actuelle les modalités de détermination du ticket modérateur payé par les patients restent différenciées entre établissements ex DG (établissements publics et privés non lucratifs) et ex OQN (établissements privés lucratifs). Par ailleurs, au sein même des établissements ex DG, les tarifs journaliers de prestations restent différents entre établissements pour des prestations identiques, les TJP étant propres à chaque établissement.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de reporter de trois ans cette réforme, mais en l'assortissant de mesures permettant d'aboutir à une réforme socialement acceptable et financièrement soutenable (création d'un observatoire des TJP, encadrement éventuel des taux d'évolution des TJP). Ce délai supplémentaire devrait par ailleurs permettre d'inclure dans la réflexion un objectif plus large de rationalisation de l'ensemble des modalités de participation de l'assuré aux soins dans les établissements de santé (forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire de 18 euros pour les séjours comportant des actes coûteux supérieurs à 120 euros) ainsi que des divers motifs d'exonérations.

Autres options possibles :

Des options possibles pourraient consister à :

- abandonner la mise en œuvre de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation sur la base des tarifs nationaux de prestations (GHS) ;
- ne pas reporter la réforme et faire entrer en vigueur, à droit constant, la tarification aux patients sur la base des GHS au 1er janvier 2013.

La 1ère option aurait pour résultat de ne pas remédier à une situation insatisfaisante, car les modalités actuelles de participation des assurés dans les établissements de santé conduisent à des inégalités entre les assurés, inégalités territoriales et, au sein d'un même territoire, entre établissements (du secteur public entre eux ainsi qu'avec ceux du secteur privé), les TJP étant propres à chaque établissement.

La 2nde option du fait de l'impact financier massif pour les établissements de santé concernés aurait pour résultat de générer un déficit insoutenable pour certaines structures pouvant aller jusqu'à mettre en péril la poursuite de l'activité et donc l'offre de soins sur le territoire concerné.

La solution proposée permet, au contraire, à terme, d'assurer l'égalité du coût des soins pour l'assuré sur le territoire et au sein d'une même catégorie d'établissements et d'envisager une réforme soutenable financièrement tant pour les établissements de santé concernés que pour l'assurance maladie.

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

La disposition qu'il est proposé de modifier a été inscrite initialement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et a été modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Elle impacte la participation des assurés aux frais de soins hospitaliers, produit des conséquences sur les recettes des établissements de santé et donc leur financement. A ce titre, son impact sur l'ONDAM et plus spécifiquement sur l'ODMCO et sur les MIGAC justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 3° du D du I 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification :

Non

b) Abrogation de dispositions obsolètes : *

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Mesure neutre financièrement pour 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 +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P ou R*	*2014*	*2015*	*2016*
Régimes obligatoires de base de l'assurance maladie					

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Cette mesure permet de garantir à activité constante les ressources des établissements publics et établissements privés à but non lucratif liées à la participation du patient.

b) impacts sociaux :

Aucun

c) impacts sur l'environnement :

Aucun

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

a) impact sur les personnes physiques :

Aucun

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

Les établissements de santé et les caisses d'assurance maladie prendront les dispositions nécessaires pour appliquer la mesure.

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

Non significatif

d) impact budgétaire :

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire, la mesure est d'application directe

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

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

La mise en œuvre de la mesure ne nécessite aucun délai.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 33 actuel **de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**	**Article 33 modifié** **de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**
II.-Jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie,	II - Jusqu'au 31 décembre ~~2012~~ **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 l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance

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.	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.

ARTICLE 49 – III

REPORT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA T2A POUR LES EX-HÔPITAUX LOCAUX

I. Présentation de la mesure

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

Les ex-hôpitaux locaux devraient passer à la tarification à l'activité (T2A) le 1er mars 2013, en application du VIII et du IX de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Les ex hôpitaux locaux constituent un point d'appui à l'offre de soins de premier recours, contribuant à attirer les professionnels de santé libéraux sur leur territoire et à créer une synergie favorisant l'articulation de la ville et de l'hôpital, du sanitaire et du médico-social. Ils représentent une offre de soins de proximité où s'exerce une médecine polyvalente, qui permet notamment dans un contexte de vieillissement de la population, d'éviter des transferts lorsque le niveau de prise en charge le permet.

Toutefois, ces établissements ont du fait de leurs spécificités une activité souvent de faible volume qui leur rend difficile l'atteinte d'un seuil d'équilibre entre les charges et les produits dans le cadre de la T2A. C'est pourquoi des études permettant d'évaluer l'impact d'une telle réforme et les modalités de financement adaptées sont en cours.

Il est donc proposé de reporter la mise en œuvre de la T2A au 1er mars 2015, date qui permettrait d'avoir suffisamment de recul sur l'opportunité de cette réforme au regard des conclusions de l'étude en cours.

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

Mesure proposée

Il est proposé de reporter la mise en œuvre de la T2A, pour ces établissements, au-delà de 2013. Il est donc nécessaire de modifier la LFSS pour 2004 modifiée, qui avait introduit le principe du passage à la T2A des ex-hôpitaux locaux.

La date du 1er mars 2015 permettrait d'avoir suffisamment de recul sur une telle évolution au regard des conclusions de l'étude en cours.

Autre option possible

Aucune au vu du contexte justifiant ce report.

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

Cette disposition a un impact sur les dépenses d'assurance maladie. En effet, en l'état actuel des études, et du fait de l'insuffisante prise en compte des caractéristiques particulières du modèle économique de cette catégorie d'établissements, le passage au 1er janvier 2013 à la T2A aurait eu pour conséquence une perte nette globale pour le secteur – et donc une réduction des dépenses des régimes obligatoires pour l'assurance maladie.

De ce fait, la mesure trouve sa place en quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet

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

a) Possibilité de codification

Pas de codification (disposition transitoire)

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Cette disposition a un impact sur les dépenses d'assurance maladie.

En effet, en l'état actuel des études, et du fait de l'insuffisante prise en compte des caractéristiques particulières du modèle économique de cette catégorie d'établissements, le passage au 1er janvier 2013 à la T2A aurait eu pour conséquence une perte nette globale pour le secteur – et donc une réduction des dépenses des régimes obligatoires pour 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 +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P ou R***	***2014***	***2015***	***2016***

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

Néant

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure concerne les hôpitaux locaux et les caisses d'assurance maladie.

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

Le report de la réforme de deux ans reporte la charge du changement pour les organismes concernés.

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi

Aucun

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

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

Le présent dispositif renvoie au 1er mars 2015 la mise en œuvre de la T2A dans les ex-hôpitaux locaux, sauf disposition réglementaire contraire publiée d'ici là. Un décret serait donc nécessaire si les pouvoirs publics décidaient d'appliquer la T2A avant cette date.

2. Existence de mesures transitoires ?

Cette mesure est en elle-même une mesure transitoire.

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

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 33 actuel de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004	Article 33 modifié de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
VIII.-Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 1er mars 2013, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, 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 hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1du code de la sécurité sociale.	VIII.-Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au **1er mars 2015**, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, 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 hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1du code de la sécurité sociale **et comprise dans l'objectif défini à l'article L.174-1 du même code**.

ARTICLE 50

PHARMACIES A USAGE INTERIEUR DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : STOCKAGE ET DISTRIBUTION

I. Présentation de la mesure

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

Les pharmacies à usage intérieur (PUI) sont chargées de répondre aux besoins pharmaceutiques des établissements de santé[37] et en particulier doivent assurer, le stockage, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique (CSP) ainsi que des dispositifs médicaux stériles.

Les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire (GCS) disposant d'une PUI sont confrontés à des difficultés immobilières dues au stock immobilisé (gestion des espaces occupés par les stocks), liées à l'affectation de personnels pharmaceutiques et infirmiers à des fonctions logistiques, mais aussi de gestion optimale de leur stock, notamment l'approvisionnement des services (nombre de commandes important). Autoriser des PUI à confier à certains établissements pharmaceutiques ces fonctions leur permettra des gains d'efficience (personnel et immobilier), la responsabilité restant de la compétence du pharmacien de la PUI.

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

Mesure proposée :

La mesure consiste à autoriser les établissements de santé ainsi que les GCS disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) à confier à un établissement pharmaceutique, à la suite d'une procédure de marché public et par un contrat écrit, la détention et la distribution de leurs médicaments et dispositifs médicaux (DM), au sein de la PUI ou éventuellement dans les unités de soins. Cette modalité devra être précisée dans le contrat. Cette modification de l'autorisation initiale de la PUI sera préalablement soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), en application de l'article L. 5126-7 du code de la santé publique.

Cette disposition permet :

- de sécuriser le circuit des médicaments et des DM, notamment par l'amélioration de la qualité du stockage au sein des PUI et des services de soins car ces conditions de stockage ne sont pas optimales (absence de climatisation, empoussièrement important, …), tout en respectant les responsabilités de chaque intervenant. Ces difficultés ont été soulevées régulièrement à l'occasion des inspections des PUI par les pharmaciens inspecteurs des ARS. Le temps pharmaceutique antérieurement dédié à des fonctions logistiques pourra ainsi être redéployé vers des activités cliniques, centrées sur le patient (analyse pharmaceutique) ;
- de dégager des ressources humaines de la fonction de gestion de stock et de distribution et de mobiliser ces ressources sur d'autres missions.

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif poursuivi.

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

La mesure se traduira par une économie pour les régimes de base de l'assurance maladie évaluée à 64,5 M€ en 2013, gagée par l'économie réalisée par les établissements de santé. Cette économie a été retenue dans la construction de l'ONDAM 2013.

[37] La détention et la distribution des médicaments et des dispositifs médicaux (DM) en établissements de santé sont des missions exclusives des PUI (Article L. 5126-5 du code de la santé).

En conséquence, la mesure trouve sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Elle est compatible avec le droit européen en vigueur, notamment relatif à la passation des marchés publics.

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

a) Possibilité de codification

Il est créé l'article L. 5126-5-2 au sein du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 R***	***2014***	***2015***	***2016***
		+ 64,5	+ 86	+ 86	+ 86

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

L'impact financier pour 2013 a été calculé sur 9 mois.

Cet impact financier a été calculé à partir d'un exemple de recours à un dépositaire **:**

- Absence de surcoût lié au recours à des dépositaires :

L'offre de service « dépositaire » est demandée dans le cadre des appels d'offre lancés par l'établissement disposant d'une PUI pour l'achat de produits de santé. Le fournisseur est donc également choisi en fonction de cette offre « dépositaire ». Un contrat est cependant ensuite signé directement entre les GCS et les dépositaires retenus. S'agissant du coût, celui-ci est quasi nul, car intégré dans l'appel d'offre global et est en général soit nul, soit très peu cher. Aussi, il n'y a aucun surcoût pour l'établissement disposant d'une PUI à recourir à un dépositaire.

- Les économies de coûts pour l'établissement disposant d'une PUI :

L'estimation de gains s'est basée sur une étude préparatoire menée sur 44 unités fonctionnelles concernant environ 500 lits et places au CHU de Rouen. Les postes suivants ont été pris en compte : stockage, personnel, déchets. In fine, il ressort que la diminution des charges constatées pour les établissements de santé sur la base d'une cible de 20 % des 500 000 lits et places installés, soit 100 000 lits et places, et sur les seules charges relatives au fonctionnement, pourrait être de 86 M€, dont 64,5 M€ en 2013, compte tenu de la montée en charge du dispositif.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La mesure ouvre de nouveaux marchés pour certains établissements pharmaceutiques.

b) impacts sociaux

L'impact sera réduit : des personnels seront redéployés vers les activités cliniques.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

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

Le DG de l'ARS devra autoriser la modification des conditions de délivrance initiales de l'autorisation d'ouverture de la PUI que constitue le recours à la sous-traitance pour le stockage (qui est une des missions obligatoires que doit assurer toute PUI – article L. 5126-5 du CSP).

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

Aucun

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi

Aucun

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

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

La mesure nécessite un décret en Conseil d'Etat et un arrêté du ministre chargé de la santé, qui seront pris au cours du premier semestre 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

S'agissant d'une mesure d'économie participant à la construction de l'ONDAM, elle fera l'objet d'un suivi au sein du comité de pilotage de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 5126-5-2 nouveau du code de la santé publique
	Art. L. 5126-5-2. - Les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire disposant d'une pharmacie à usage intérieur peuvent confier à un établissement pharmaceutique, par un contrat écrit fixant les engagements des parties, le stockage, la détention et l'approvisionnement de certains de leurs produits de santé. La signature de ce contrat est soumise à autorisation préalable, qui entraîne la modification de l'autorisation initiale en application de l'article L. 5126-7. Un décret en Conseil d'État fixe les catégories d'établissements pharmaceutiques pouvant assurer le stockage, la détention et l'approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux pour le compte de la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des catégories de produits de santé qui ne peuvent faire l'objet du contrat mentionné au premier alinéa.

ARTICLE 51

CLARIFIER LES RÈGLES DE PRISE EN CHARGE ET DE FINANCEMENT DES SOINS DÉLIVRÉS AUX PERSONNES DETENUES

I. Présentation de la mesure

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

La loi du 18 janvier 1994 a posé les principes régissant le financement de soins de santé délivrés aux personnes détenues, dont la charge incombe à l'Etat.

Ce financement s'articule autour des règles suivantes :

- l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général de sécurité sociale et le bénéfice, à ce titre, des prestations en nature des assurances maladie et maternité à compter de la date de leur incarcération ;
- le versement par l'Etat à la sécurité sociale d'une cotisation calculée pour chaque détenu afin de couvrir la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie, ainsi que le remboursement de la part des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie aux établissements ayant délivré les soins.

Elle a également prévu les modalités de financement des soins dispensés aux personnes détenues selon que ces soins sont réalisés au sein d'un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées, dans un établissement de santé de droit commun ou en milieu pénitentiaire.

Elle précise enfin que, par dérogation à ces principes, les personnes détenues qui travaillent dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, sont affiliées au régime professionnel dont relève leur activité et sont donc pris en charge par l'assurance maladie selon les modalités de droit commun.

Il est nécessaire de préciser et simplifier certaines des modalités d'application de ces dispositions, compte tenu du développement de certains modes de détention. Il s'agit des situations d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine suivantes :

- semi liberté ;
- placement à l'extérieur ;
- placement sous surveillance électronique ;
- permission de sortir ;
- surveillance électronique de fin de peine.

La mesure proposée a pour finalité de mettre en cohérence les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à l'affiliation des personnes détenues avec la mise en place de ces modes de détention. Elle vise également à simplifier leur modalité de prise en charge notamment lorsqu'ils bénéficient de soins de ville, ce qui clarifiera les circuits administratifs de prise en charge. Par ailleurs elle clarifie les modalités de facturation par les hôpitaux à l'assurance maladie des séjours et actes concernant les personnes détenues.

<u>Protection sociale des personnes en aménagement de peine</u>

Les personnes concernées n'exerçant pas d'activité professionnelle (et donc ne relevant pas du droit commun) sont affiliées au titre de leur détention.

Les détentions avec aménagement de peine, notamment le placement sous surveillance électronique, sont de plus en plus nombreuses, ce qui conduit à développer le recours aux soins de ville pour les personnes écrouées, quand les prises en charge se faisaient auparavant en milieu hospitalier. Ainsi,

au 1er février 2012, il était dénombré 11 314 personnes sous écrou bénéficiant d'un aménagement de peine, ce qui représente 19,3 % de l'ensemble des personnes écrouées condamnées.

Or, les textes n'ont pas précisé les modalités de prise en charge des soins lorsqu'ils se déroulent en ville.

Dans le cas où la personne est prise en charge en milieu hospitalier, l'établissement de santé facture les soins à la caisse, pour la part obligatoire, et à l'Etat pour la part complémentaire. Lorsque la prise en charge a lieu en ville, la part obligatoire est prise en charge directement par la caisse mais les modalités concrètes de facturation de la part complémentaire ne sont pas précisées. De ce fait, le professionnel ne peut facturer directement la part complémentaire à l'Etat, pour les soins réalisés.

Il est donc proposé de préciser que les modalités de prise en charge des soins applicables à ces assurés s'appliquent lorsque les soins sont délivrés en ville. Il est également proposé de clarifier les circuits de paiement des professionnels, le professionnel de santé facturant l'intégralité des soins auprès de la caisse, qui percevra directement la part complémentaire auprès de l'administration. Outre l'objectif de garantie d'accès aux soins pour les détenus en ville, cette mesure permet de simplifier la gestion de la prise en charge de ces détenus pour le patient, le professionnel et l'administration.

Le financement des soins

Les établissements hospitaliers prennent en charge les soins hospitaliers des détenus, soit au sein des établissements de santé de rattachement des établissements pénitentiaires, soit dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) ou au sein d'unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) implantées en milieu pénitentiaire. L'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale dispose que ces soins sont financés par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

S'agissant des soins somatiques, dispensés au sein des établissements de santé de rattachement, des UCSA et des UHSI, les établissements hospitaliers responsables de ces structures de soins aux personnes détenues bénéficient de dotations MIGAC initialement destinées à couvrir l'ensemble des coûts des structures dédiées aux détenus, conformément aux dispositions de l'article L.381-30-5 du code de la sécurité sociale. Or, ces structures sont en mesure pour leurs patients détenus de facturer l'activité de soins au même titre que celle dispensée aux patients de droit commun, dans le cadre de la tarification à l'activité, ce qui permettrait d'assurer un mode de facturation cohérent pour l'ensemble de la patientèle.

Dans ces conditions, il est proposé que les soins dispensés aux détenus soient facturés au titre de la facturation des séjours et actes externes, les dotations MIGAC intervenant en complément de ces tarifs pour couvrir les surcoûts observés par rapport aux patients de droit commun. Cette évolution du mode de facturation permettra en outre d'éviter un risque de double prise en charge de cette activité via les tarifs de prestations et les MIGAC.

S'agissant des soins psychiatriques, il est proposé de clarifier l'article L 381-30-5 du code de la sécurité sociale en précisant que le financement des soins en psychiatrie délivrés par les établissements de santé est (hormis pour les établissements privés de statut commercial) assuré par la dotation annuelle de financement (DAF).

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

Mesure proposée :

S'agissant de la protection sociale des personnes détenues, il est proposé de clarifier le champ de leur affiliation obligatoire au régime général, qu'elles soient en aménagement de peine ou placées sous une modalité particulière d'exécution de fin de peine.

Il est également proposé de préciser les circuits de paiement des soins dispensés en ville aux détenus qui peuvent y avoir recours en prévoyant explicitement, à l'instar des soins dispensés en établissement de santé, le bénéfice du tiers payant intégral afin de simplifier les circuits de versement pour les patients, les professionnels et l'administration, et d'assurer l'effectivité de l'accès aux soins.

S'agissant du financement des soins, il est proposé de modifier les dispositions relatives aux modalités de financement des soins dispensés par des établissements de santé tant en milieu hospitalier que pénitentiaire en prévoyant, comme pour le droit commun, le financement des séjours et actes dans le cadre de la tarification à l'activité. Les dotations MIGAC financeraient le surcoût lié aux

soins somatiques dispensés aux personnes détenues, la prise en charge étant principalement financée par les tarifs nationaux de prestations.

Autres options possibles :

Il aurait pu être envisagé de maintenir la prise en charge des dépenses de soins hospitaliers somatiques délivrés aux détenus par les seules dotations MIGAC. Cette option, conduisant à facturer les soins délivrés aux assurés sociaux de droit commun mais non aux assurés sociaux détenus, ne garantit pas l'absence d'une double prise en charge de ces dépenses par l'assurance maladie sur les MIGAC et la facturation du séjour hospitalier correspondant. Par ailleurs, un financement par les seules MIGAC ne permet pas de corréler le financement de cette activité avec le nombre et la nature des séjours concernés.

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

Cette mesure a un impact sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie comprises dans le champ de l'ONDAM. Elle prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° du C du III du 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire et 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 :

Les articles L.381- 30, L.381- 30-1 et L.381-30-5 du code de la sécurité sociale seront modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Abrogation de l'article L.162-22-16 du même code.

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

d)

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure génère une économie de 20 M€ pour l'année 2013 pour les régimes de base de l'assurance maladie, ce qui correspond à la diminution de la dotation de financement MIGAC.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014*	*2015*	*2016*
Régimes obligatoires de base de l'assurance maladie		+ 20	+ 20	+ 20	+ 20

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Sans objet

a. impacts sociaux :

Cette mesure favorise la prise en charge et l'accès aux soins des personnes détenues, principalement celles qui bénéficient d'un aménagement de peine ou d'une permission de sortir. Elle est donc de nature à améliorer leur état de santé ainsi que leur réinsertion à l'issue de leur incarcération.

b. impacts sur l'environnement :

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques :

Aucun

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

La mesure sera gérée pour l'essentiel par les caisses de l'assurance maladie

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

La mise en place du tiers payant pour la part prise en charge par l'Etat nécessite une adaptation des systèmes d'information des caisses afin 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, pour les soins délivrés en ville, devra être mis en place.

d) impact budgétaire :

Aucun actuellement mais dans deux ans, impact lié au développement du tiers payant coordonné. La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

Le décret simple prévu par l'article L.380-30-5 du code de la sécurité sociale fixera les modalités de facturation soit par les établissements de santé soit par les caisses à l'administration pénitentiaire (fréquence et date de paiement). Il sera publié au cours du 1er trimestre 2013. La loi pourra cependant être mise en œuvre dès le 1er janvier 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Des mesures transitoires (qui ne sont pas règlementaires) permettant la mise en œuvre de la dispense d'avance de frais par la caisse, de type délivrance d'une attestation papier de bénéfice du tiers payant, pourront être nécessaires.

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

Application au 1er janvier 2013, à l'exception de l'organisation de la dispense d'avance des frais pour la part financée par l'Etat qui nécessitera des développements des systèmes d'information.

4. 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 de la campagne tarifaire 2013 précisera aux établissements de santé les évolutions des règles de financement des soins délivrés aux détenus.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Des indicateurs seront disponibles sur l'évolution de la facturation par les établissements de santé concernés.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 381-30 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 381-30 modifié du code de la sécurité sociale**
Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.	~~Les détenus sont affiliés~~ **Les personnes détenues sont affiliées** obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.
Les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres sont affiliés au régime d'assurance maladie et maternité dont ils relèvent au titre de cette	~~Les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres sont affiliés au régime d'assurance maladie et maternité dont ils relèvent au titre de cette~~

activité. Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont ils relèvent au titre de leur activité.	~~activité. Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont ils relèvent au titre de leur activité.~~ **Lorsque les personnes détenues bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5, 6 et 8 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, elles sont affiliées au régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité.** **Sont affiliées au titre du premier alinéa les personnes détenues mentionnées à l'alinéa précédent, lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité.**
Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus. Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit. Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus. Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit. Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 381-30-1 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 381-30-1 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Durant leur incarcération, les détenus affiliés en application 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.	~~Durant leur incarcération,~~ les détenus sont 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. **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.**
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.	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.

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. 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.	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. 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.
Article L. 381-30-5 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 381-30-5 modifié** **du code de la sécurité sociale**
I.-La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux détenus est financée par une dotation annuelle 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 détenus soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et versée à cet établissement à ce titre. Cette part est financée hors taux directeur, en fonction des dépenses de fonctionnement et d'investissement constatées et de leur évolution prévisible, selon des modalités déterminées par décret. II.-L'Etat verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier institué par l'article L. 174-4 ainsi que la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.	I.-La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux détenus **affiliés 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 détenus soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés **selon les modalités de droit commun** ~~par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et versée à cet établissement à ce titre~~. ~~Cette part est financée hors taux directeur, en fonction des dépenses de fonctionnement et d'investissement constatées et de leur évolution prévisible, selon des modalités déterminées par décret.~~ II.- ~~L'Etat verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier institué par l'article L. 174-4 ainsi que la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.~~ **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 détenus affiliés en application du 1er alinéa de l'article L.380-30-1 ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4.** **Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établissements concernés.** **Dans les autres cas, la caisse d'assurance**

	maladie à laquelle est affilié le détenu 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 ensuite à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L.322-2. **Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.**

ARTICLE 52

PÉRENNISATION DES LITS D'ACCUEIL MÉDICALISÉS EXPÉRIMENTÉS DEPUIS 2009

I. Présentation de la mesure

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

Suite au Comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 ont été développées les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe.

En 2006, les structures dites « lits halte soins santé » (LHSS) ont été créées. Une étude a été réalisée afin de mieux connaître les publics accueillis. Les résultats de cette étude, fin 2008, indiquaient que les LHSS répondaient bien à un besoin sanitaire et social mais que 35 à 40 % des lits étaient en fait occupés de façon chronique par une population en situation de très grande précarité atteinte de pathologies chroniques lourdes et au pronostic sombre (Korsakov, Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers à un stade avancé …) qu'aucune autre structure ne peut prendre en charge, compte tenu notamment de la désocialisation extrême de ces personnes et de leur état de santé.

Les LHSS, comme les autres structures, ne sont ni prévus, ni équipés ni financés pour prendre en charge un tel public (en principe la durée prévisionnelle de séjour en LHSS est de deux mois pour des pathologies ponctuelles en relais à une hospitalisation).

Il a donc été expérimenté pour une période de quatre ans (échéance décembre 2012) un mode de prise en charge adaptée à ce public : les lits d'accueil médicalisés (LAM).

Son évaluation, réalisée par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), et suivie par un comité d'évaluation, dégage principalement les conclusions suivantes :

- les LAM ne se substituent pas à un mode de prise en charge existant ;
- ils répondent à un besoin non pourvu pour une population atteinte de pathologies lourdes et d'autant plus fragilisée que largement désocialisée ;
- outre l'amélioration sanitaire, les LAM favorisent à terme, et à coûts réduits, l'accès de ce public aux structures de droit commun.

Il s'agit donc de pérenniser cette structure en donnant un statut juridique stable à ce nouveau dispositif de prise en charge.

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

Mesure proposée :

Modification du code de l'action sociale et des familles afin d'inscrire les LAM parmi les établissements et services sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (modification de l'article L. 312-1, 9°) et de prévoir leur financement par le 6ème sous-objectif de l'ONDAM (modification de l'article L. 314-3-3).

Par ailleurs, il est prévu une dérogation aux dispositions relatives au régime d'autorisation, pour les structures mises en place dans le cadre de l'expérimentation, en réputant autorisées les structures expérimentatrices agréées par l'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.

Il est également prévu de mettre en cohérence l'article L 174-9-1 du code de la sécurité sociale précisant les modalités de financement des structures mentionnées au 9° du 1 de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que les modalités de répartitions des sommes ainsi versées entre les différents régimes d'assurance maladie.

Autres options possibles :

Aucune vu l'objectif poursuivi.

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

Les LAM expérimentaux sont financés par l'ONDAM (6ème sous-objectif). La mesure pérennisant ce financement a donc un impact sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie.

Elle trouve ainsi 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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire. Elle ne remet pas en cause les règles de concurrence et d'égalité de traitement.

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

a) Possibilité de codification

Le code de l'action sociale et des familles 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, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer	
- Saint-Pierre et Miquelon	Non
- Saint-Martin et Saint Barthélémy	Oui
- autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact correspond à la pérennisation des LAM.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
Régimes obligatoires de l'assurance maladie (ONDAM)		-3,67	-3,67	-3,67	-3,67

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Les LAM permettent de répondre à un besoin jusqu'à présent non couvert en faveur d'une population atteinte de pathologies lourdes et d'autant plus fragilisée que largement désocialisée.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Aucun

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Aucun

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

Aucun

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi

Aucun

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

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

La mesure nécessite un décret relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits d'accueil médicalisés » (prévu au II de l'article L. 312-1 du CASF au sein duquel les LAM sont inscrits).

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Non

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non. Le suivi de la mise en œuvre est assuré par les ARS et les services ministériels (DGCS).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.312-1 actuel **du code de l'action sociale et des familles**	**Article L.312-1 modifié** **du code de l'action sociale et des familles**
I. – Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens, du présent code, les établissements et services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : […] 9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé " et les appartements de coordination thérapeutique ; […]	I. – Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens, du présent code, les établissements et services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : […] 9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé ", **les structures dénommées « lits d'accueil médicalisés »** et les appartements de coordination thérapeutique ; […]
Article L.174-9-1 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.174-9-1 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ainsi que les structures dénommées "lits halte soins santé" et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.	Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ainsi que les structures dénommées "lits halte soins santé", **les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés "** et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.

La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2.	La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2.
Article L.314-3-3 actuel **du code de l'action sociale et des familles**	**Article L.314-3-3 modifié** **du code de l'action sociale et des familles**
Relèvent de l'objectif et du montant total mentionnés à l'article L. 314-3-2 les établissements suivants : Les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les structures dénommées lits halte soins santé mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du présent code. Relèvent également du même objectif les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale	Relèvent de l'objectif et du montant total mentionnés à l'article L. 314-3-2 les établissements suivants : Les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, et les structures dénommées lits halte soins santé **et les structures dénommées « lits d'accueil médicalisés »** mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du présent code. Relèvent également du même objectif les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale

ARTICLE 53

REDUCTION DU DELAI DE FACTURATION A l'ASSURANCE MALADIE DES PRESTATIONS DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES HANDICAPEES TARIFEES AU PRIX DE JOURNEE

I. Présentation de la mesure

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

Les établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée disposent actuellement pour émettre et modifier leurs factures d'un délai long, de deux ans ou cinq ans, en fonction du type d'établissement. Ce délai ne favorise pas une facturation au fil de l'eau par les établissements et rend difficile le suivi infra-annuel des dépenses financées sur le champ de l'ONDAM médico-social, ainsi que l'imputation au bon exercice de rattachement.

Ce constat a été souligné par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de la CNAMTS pour l'exercice 2010 mais également par l'IGAS dans le cadre du rapport sur le respect de l'objectif global de dépenses rendu en mars 2011.

Sur le champ médico-social, l'IGAS a estimé en effet que les comparaisons entre les montants tarifés par les ARS et le montant des dépenses correspondantes communiquées par l'assurance maladie ne permettaient pas de porter une appréciation solide sur le niveau de réalisation de l'exercice 2011, notamment du fait qu'une part non négligeable des dépenses 2010 portait sur les exercices antérieurs sans qu'il soit possible de les identifier clairement par exercice de rattachement.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée permettra ainsi de fiabiliser le suivi de la dépense sur le champ de l'ONDAM médico-social et les constats de réalisation de l'objectif global de dépenses, sur le champ des établissements pour personnes handicapées fonctionnant en prix de journée.

Compte tenu de difficultés similaires pour les établissements de santé, le délai le délai dont disposent les établissements de santé pour émettre et rectifier leurs données de facturation à l'assurance maladie a déjà été réduit de deux à un an (article L. 162-25 du code de la sécurité sociale).

Il est proposé de mettre en œuvre des dispositions similaires pour les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées tarifés au prix de journée :

- les établissements médico-sociaux mentionnés aux b) du 5° (centres de rééducation professionnelle) et 2° (établissements médico-sociaux pour enfants handicapés) de l'article L. 312-1 du code de la sécurité sociale et aux prestations desquels s'applique la prescription de 2 ans prévue à l'article L. 332-1 de ce code, et au 7° de l'article L 312-1 (maisons d'accueil spécialisé pour adultes handicapés).

La mesure fixe ainsi un délai d'un an pour l'émission et la rectification des données de facturation des établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée. Au terme de ce délai d'un an, l'émission et la rectification de factures relatives aux prestations réalisées n'est pas possible.

La facturation des établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée est réalisée mensuellement. Le point de départ du délai de facturation sera ainsi fixé au 1er jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation.

La mesure proposée est applicable aux prestations réalisées par les établissements médico-sociaux concernés à compter du 1er janvier 2013.

Autres options possibles :

Aucune, compte tenu de l'objectif poursuivi.

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

Les factures des établissements pour personnes handicapées tarifés en prix de journée transmises au-delà d'un an après la réalisation de la prestation représentent un montant de l'ordre de 50 M€, soit un point de la dépense médico-sociale consacrée à ce type d'établissements. La réduction du délai de facturation permettra de corriger l'incertitude du constat de dépenses réalisées sur le champ de l'ONDAM médico-social personnes handicapées, sujet chaque année à des variations du fait des établissements tarifés en en prix de journée et de la difficulté de réaliser des provisions cadrant avec la réalité des dépenses effectivement rattachables à l'exercice concerné. Cette mesure permettra ainsi un meilleur suivi de la réalisation de l'OGD et de l'ONDAM PH pour les établissements tarifés en prix de journée.

La mesure ayant un impact sur la réalisation de l'ONDAM, et donc des dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie du régime général, elle prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

Oui : modification de l'article L 162-25

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées étant incités par la mesure à améliorer leurs pratiques de facturation afin de s'adapter aux nouvelles règles, l'impact financier pour l'assurance maladie devrait être neutre.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2012 (rectificatif)	2013 P	2014	2015	2016
Régimes obligatoires de l'assurance maladie					

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun

b) impacts sociaux

Aucun

c) impacts sur l'environnement

Aucun

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

a) impact sur les personnes physiques

Aucun

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

Les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées devront améliorer leurs pratiques de facturation afin de s'adapter aux nouvelles règles. Les caisses d'assurance maladie devront en assurer le respect.

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

Non significatif.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Non

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non, il appartiendra aux caisses nationales d'assurance maladie de suivre la mise en œuvre de la mesure et d'en établir le bilan.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L162-25 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L162-25 modifié du code de la sécurité sociale**
Par dérogation à l'article L. 332-1, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte. Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1er janvier 2012.	Par dérogation à l'article L. 332-1 **:** **1°** L'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte **;** **2° L'action des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées mentionnés aux 2°, b du 5° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui relèvent d'une tarification sous forme de prix de journée, pour le paiement par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code des prestations et soins médicaux supportés par l'assurance maladie, se prescrit par un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse.**

ARTICLE 54

CLOTURE DE L'EXPERIMENTATION DE LA REINTEGRATION DES MEDICAMENTS DANS LES FORFAITS SOINS DES EHPAD

I. Présentation de la mesure

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

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la conduite d'expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge financière dans les forfaits soins des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) ou n'en partageant pas une par le biais d'un groupement de coopération sanitaire.

Ces expérimentations, qui permettent de confier une responsabilité globale aux EHPAD pour l'achat et la gestion des médicaments prescrits à leurs résidents soit par leurs médecins salariés soit par les médecins traitants libéraux, doivent faire l'objet d'un suivi et un rapport d'évaluation est remis au Parlement par le Gouvernement. La loi a par ailleurs prévu à cet égard un renforcement du rôle du médecin coordonnateur et, pour les EHPAD ne disposant pas d'une PUI, la désignation d'un pharmacien référent.

La complexité de l'expérimentation, tant pour sa mise en place que lors de son suivi, et sa courte durée n'ont pas permis de disposer d'éléments suffisants pour préparer une généralisation dès 2011 comme il était prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. C'est pourquoi, afin de lever les obstacles identifiés au cours de la première phase de l'expérimentation, le Parlement a voté sa prolongation pour deux années supplémentaires (article 80 de la loi n° 2010-1534 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011) et en a reporté l'échéance au 1er janvier 2013, le Gouvernement remettant au Parlement un rapport d'évaluation au plus tard le 1er octobre 2012.

A la demande des ministres chargés de la santé et des solidarités et de la cohésion sociale, une mission d'appui de l'IGAS a été décidée pour la réactivation et le pilotage de l'expérimentation initiée fin 2009 selon des modalités de suivi réaménagées et simplifiées. Le pilotage de cette mission a été confié à M. Michel Thierry qui devrait rendre son rapport d'ici fin octobre 2012.

Evaluation de l'expérimentation

En vue de cette évaluation, différents échantillons ont été constitués afin de les comparer :

- l'échantillon des EHPAD sans PUI expérimentateurs, dont les dotations soins 2011 intègrent les dépenses de médicaments correspondant aux dépenses constatées ;
- un échantillon de référence constitué d'EHPAD sans PUI dont les dépenses de médicaments sont remboursées à titre individuel aux résidents et donc financées dans le cadre de l'objectif de dépenses soins de ville.

Sur 256 EHPAD expérimentateurs, 172 ont fourni des données soit 67 % ce qui représente près de 13 000 résidents. L'échantillon miroir de la CNAMTS permet d'analyser des données pour près de 16 000 résidents.

Les résultats de l'évaluation ne font pas apparaître de gains tant en terme de qualité de la prescription que pour le montant de la dépense.

Concernant la consommation globale, celle-ci est de 7,56 molécules par patient dans l'échantillon des EHPAD expérimentateurs et de 6,67 molécules par patient dans l'échantillon témoin.

S'agissant du coût moyen mensuel par consommant de médicaments, celui-ci est de 159 € pour un consommant appartenant à l'échantillon des EHPAD expérimentateurs et de 147 € pour un consommant appartenant à l'échantillon témoin.

Compte tenu des résultats décrits ci-dessus, l'objectif initial recherché à travers cette expérimentation n'est pas atteint.

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

Mesure proposée :

Au vu des résultats de l'expérimentation présentés ci-dessus, il est proposé de ne pas généraliser cette expérimentation. Pour cela, il s'agit, dans le cadre du PLFSS 2013, de mettre fin à l'expérimentation et de supprimer le passage automatique en 2013 au financement des médicaments dans le cadre d'un forfait.

Toutefois, afin de permettre d'organiser la sortie d'expérimentation des EHPAD dans de bonnes conditions, il convient de prévoir une période transitoire de six mois. Aussi, la mesure consiste à prolonger l'expérimentation jusqu'au 1er juillet 2013 puis, à compter de cette date, revenir à un financement sur l'enveloppe soins de ville des dépenses de médicaments dans les EHPAD concernés.

Pour autant, le sujet de l'amélioration de la qualité de la prescription chez le sujet âgé, et particulièrement celui des résidents en EHPAD qui constituait l'un des objectifs de l'expérimentation sur les médicaments, reste un enjeu majeur tant en termes financiers que de santé publique. Aussi, dès début 2013, un plan d'action sera mis en place visant à améliorer la qualité et l'efficience des prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées, dont les résidents des EHPAD.

Autres options possibles :

Aucune au vu des résultats de l'expérimentation.

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

Cette mesure génère une économie pour les régimes de base de l'assurance maladie. Elle prend donc place dans la quatrième partie de la loi de financement en vertu du 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des états membres.

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

Oui, le financement du panier de soins n'entrave pas la libre circulation des biens.

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

a) Possibilité de codification

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles sera modifié à deux reprises

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Oui du fait de la suppression d'un dispositif expérimental.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Cette mesure génère une économie de 13 M€ pour les régimes de base de l'assurance maladie du fait:

- de l'interruption de la rémunération des pharmaciens référents (2,6 M€),
- de la reprise des crédits non-consommés de l'enveloppe initialement déléguée à cette expérimentation, la consommation de médicament ayant été toutefois moindre que celle estimée initialement (10 M€).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
		+ 13	+ 13	+ 13	+ 13

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Au vu des résultats de l'expérimentation, généraliser le financement des médicaments dans les forfaits de soins des EHPAD ne semble pas pertinent car cela ne permettrait ni d'obtenir des économies ni d'améliorer les pratiques de prescription et de consommation de médicaments chez les résidents en EHPAD.

b) impacts sociaux

Aucun

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Aucun

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

Modification du circuit de gestion de la dépense par les Cpams en lien avec les Ehpad expérimentateurs

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

Aucun

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi

Aucun

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire

2. Existence de mesures transitoires ?

Une période transitoire de six mois est prévue. Il conviendra, par voie d'instruction, d'accompagner les EHPAD expérimentateurs dans cette transition.

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

Aucun

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 314-8 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 314-8 modifié du code de l'action sociale et des familles**
Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :	Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui prévoit notamment :
1° Les conditions et modalités de la tarification de certains établissements ou services, sous forme de prix de journée, tarifs de prestations ou forfaits journaliers et les modalités de globalisation des financements sous forme de forfaits annuels ou de dotations globales ;	1° Les conditions et modalités de la tarification de certains établissements ou services, sous forme de prix de journée, tarifs de prestations ou forfaits journaliers et les modalités de globalisation des financements sous forme de forfaits annuels ou de dotations globales ;

2° Les conditions dans lesquelles les personnes accueillies temporairement peuvent être dispensées d'acquitter tout ou partie des frais afférents à leur prise en charge.	2° Les conditions dans lesquelles les personnes accueillies temporairement peuvent être dispensées d'acquitter tout ou partie des frais afférents à leur prise en charge.
L'accueil temporaire est défini par voie réglementaire. Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un décret adapte les dispositions du présent code aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012.	L'accueil temporaire est défini par voie réglementaire. Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un décret adapte les dispositions du présent code aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012.
Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.	Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.
Les dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et des structures dénommées " lits halte soins santé " relevant des catégories d'établissements mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et 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.	Les dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et des structures dénommées " lits halte soins santé " relevant des catégories d'établissements mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et 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.
Dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnées à l'article, L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté. Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2008. Elles sont applicables aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12 en cours à	Dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnées à l'article, L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté. Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2008. Elles sont applicables aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12 en cours à

cette date.	cette date.
Des expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge sont menées, à compter du 1er janvier 2009 et pour une période n'excédant pas quatre ans, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire. Ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité de ces établissements et services réalisée. Au titre de ces expérimentations, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.	[abrogation]
Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de ces expérimentations avant le 1er octobre 2012. Ce rapport porte également sur la lutte contre la iatrogénie.	[abrogation]
En fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, et au plus tard le 1er janvier 2013, dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du présent code, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Elles comprennent également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code ou, pour les établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne partagent pas la pharmacie à usage intérieur d'un groupement de coopération sanitaire, de certains d'entre eux dont la liste est fixée par arrêté.	[abrogation]
Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du	Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code.	Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code.

ARTICLE 55

FINANCEMENT DU PLAN D'AIDE A L'INVESTISSEMENT (PAI)

DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL POUR 2013

I. Présentation de la mesure

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

La politique d'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social conditionne pour partie le développement d'une offre de services répondant à la diversité des besoins en tenant compte de la solvabilité des personnes. Les aides publiques permettent ainsi de limiter le poids des investissements sur les tarifs que les résidents doivent acquitter (établissements pour personnes âgées) ou qui sont acquittés par l'assurance maladie (établissements pour personnes handicapées).

Les opérations d'investissement sont soutenues par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dont elles constituent une mission pérenne depuis 2008.

Des crédits sont annuellement affectés au financement d'aides à l'investissement pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Ces crédits sont affectés à la section V du budget de la CNSA.

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

Mesure proposée :

En 2013, comme en 2012, il est proposé de transférer 2 points de crédits issus de la contribution de solidarité pour l'autonomie de la section I du budget de la CNSA à la section V afin de pouvoir financer un plan d'aide à l'investissement de l'ordre de 50 M€.

Le pourcentage de CSA affecté à chaque section du budget de la CNSA étant fixé par l'article L.14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, il convient de modifier celui-ci pour l'année 2013 sans pour autant modifier le cadre pérenne de cette répartition laissant au Parlement l'initiative annuelle d'affectation de crédits de la CSA.

Autres options possibles :

Aucune

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

La mesure a un impact financier en termes de dépenses de l'OGD médico-social, lequel est financé par l'apport de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie et par une quote-part de recettes de la CNSA.

Elle prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a un effet sur les dépenses de la CNSA en tant qu'organisme finançant et gérant l'ONDAM (D du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale) et sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie (1° du C du V de ce même article LO. 111-3).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

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 communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Le périmètre d'intervention de la CNSA comprend les cinq DOM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2015***
Régimes obligatoires de base de l'assurance maladie		- 50			
Au sein de la CNSA : - Dotation assurance maladie - affectation d'une part de la CSA au PAI		+ 50 - 50			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Avec le PAI dans le secteur médico-social pour 2013, 50 M€ seront injectés dans l'économie.

b) impacts sociaux

La mesure contribue au financement du plan d'aide à l'investissement permettant la rénovation des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mise en œuvre de la mesure sera pilotée par la CNSA.

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

Le système d'information de la CNSA sera modifié.

d) impact budgétaire :

Aucun

e) impact sur l'emploi :

A noter que conformément aux dispositions de la convention d'objectifs et de gestion Etat/CNSA en vigueur, la déconcentration de la gestion des crédits PAI permettra à la caisse de redéployer 1 ETP sur d'autres missions.

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

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

Des arrêtés interministériels fixeront le montant du plan d'aide à l'investissement ainsi que les transferts de crédits des sections I et III vers la section V du budget de la caisse.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

La mesure sera mise en œuvre courant 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Le suivi de la mise en œuvre des plans est assuré par la CNSA.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.14-10-5 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L.14-10-5 modifié du code de l'action sociale et des familles
La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :	La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :
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.	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.
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 :	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 :
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 ;	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 ;
a bis). Pour l'année 2012, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ;	a bis). Pour **les années 2012 et 2013**, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ;
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 :	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 :
a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;	a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;
a bis). Pour l'année 2012, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;	a bis). Pour **les années 2012 et 2013**, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;
III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :	III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :
a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 %	a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 %

et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;	et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;
b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.	b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.
Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.	Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.
Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.	Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.
Pour l'année 2012, ce taux est fixé à 39 %.	Pour **les années 2012 et 2013,** ce taux est fixé à 39 %.
V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :	V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :
a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;	a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;
a bis). Pour l'année 2012, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9 ;	a bis). Pour **les années 2012 et 2013**, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9 ;
b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III ;	b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III ;
b bis) Pour l'année 2012, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9.	b bis) Pour **les années 2012 et 2013**, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9.

ARTICLE 56

CREATION D'UN DISPOSITIF D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

DANS LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ-MATERNITÉ DES NON SALARIÉS AGRICOLES (AMEXA) EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DE LA VIE PRIVÉE

I. Présentation de la mesure

- **Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur**

La branche maladie du régime non salarié agricole (AMEXA) couvre les personnes non salariées des professions agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs, aides familiaux) s'agissant des risques maladie, invalidité et maternité. Depuis 2009, la branche maladie du régime général (CNAMTS) retrace en solde dans ses comptes la différence entre les charges et les produits de l'AMEXA et verse, le cas échéant, une subvention d'équilibre à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour compléter le financement de la branche agricole.

Conformément aux dispositions de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, l'AMEXA ne permet pas l'attribution d'indemnités journalières (IJ) en cas d'interruption du travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée (des indemnités journalières pouvant être versées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans le cadre du régime ATEXA).

L'AMEXA est le seul régime à ne pas verser d'indemnités journalières. En effet, les travailleurs non salariés non agricoles peuvent percevoir des indemnités journalières – moyennant l'acquittement d'une cotisation supplémentaire en maladie (0,7 % de l'assiette des revenus professionnels).

Outre le caractère inéquitable de cette situation, la profession agricole souhaite la mise en place d'un système permettant de compenser le préjudice économique né de l'interruption du travail de l'assuré, notamment dans le cas où le recours au recrutement temporaire d'un salarié est nécessaire.

- **Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue**

Mesure proposée :

1° Il est proposé d'indemniser l'arrêt de travail maladie, quelle que soit l'affection, hors accident du travail ou maladie professionnelle, dont est atteint le non salarié agricole affilié à l'AMEXA. Les modalités seront fixées par décret.

Cette indemnisation prend la forme d'une indemnité journalière forfaitaire. L'IJ est versée au-delà d'un délai de carence de 7 jours.

.

La mesure concerne les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant leur activité à titre exclusif ou principal, les collaborateurs d'exploitation et les aides familiaux, justifiant d'une durée minimale d'affiliation dans le régime. Il leur serait servi un montant d'IJ identique. La cotisation versée par le chef d'exploitation couvrirait également, le cas échéant, chacun des autres membres de la famille travaillant sur l'exploitation.

Le montant de l'IJ sera forfaitaire et calculé sur les mêmes bases que l'indemnité journalière versée au chef d'exploitation dans le cadre de l'assurance des NSA contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (ATEXA), soit 60 % du 1/365eme du gain forfaitaire annuel (20,64 € depuis le 1er avril 2012) les 28 premiers jours et 80 % du 1/365eme du GFA (27,52 €) à compter du 29eme jour.

Hors affection de longue durée (ALD), ou si l'interruption de la durée de travail ne dépasse pas 6 mois, l'assuré pourra bénéficier au maximum de 360 jours d'indemnisation sur une période de 3 ans.

En cas d'ALD, ou en cas d'interruption de travail ou de soins continus de plus de 6 mois, l'assuré pourra être indemnisé pendant une période d'une durée maximale de 3 ans.

2° Dans la mesure où tout besoin de financement né de la mise en œuvre de prestations supplémentaires sans réelle contrepartie contributive pèserait financièrement sur le régime général (CNAMTS), la mesure serait entièrement autofinancée par la mise en place d'une cotisation supplémentaire, dont le montant serait fixé de manière forfaitaire. Le produit des cotisations devra ainsi couvrir la charge des prestations ainsi que les frais de gestion et de contrôle médical.

De plus, le principe de l'auto-équilibre du financement de cette mesure est retenu : le montant de la cotisation sera fixé chaque année par arrêté ministériel de manière à équilibrer le financement des charges du régime. Cet arrêté sera pris après avis d'une section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles (CSPSA) réunissant l'Etat, la MSA, le GAMEX et les organisations professionnelles agricoles.

Le produit des cotisations sera versé à un fonds spécial destiné à financer les indemnités journalières, fonds géré par la CCMSA, laquelle rendra compte chaque année de sa gestion à la section spécialisée du CSPSA évoquée ci-dessus.

Pour 2014, première année de mise en œuvre du dispositif, le montant de la cotisation est estimé à 170 €.

Le dispositif envisagé ne nécessite pas la mise à contribution de la solidarité nationale et ne se traduira pas par un surcoût pour la branche maladie du régime des non salariés agricoles.

3° Le dispositif sera applicable dans les départements d'outre-mer, sans exonération des cotisations pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole assujettis sur moins de 40 hectares pondérés.

Ce dispositif sera également applicable dans les départements d'Alsace-Moselle. En effet, la branche maladie du régime des non salariés agricoles, dont fait partie ce dispositif, s'applique en tant que telle dans les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Le droit local d'Alsace-Moselle tel qu'il ressort du code local des assurances sociales de 1911 -et des dispositions ad hoc du code rural et de la pêche maritime- prévoit un système de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les salariés et les non salariés agricoles. Pour les non salariés agricoles, ce régime local assure également la couverture des accidents de la vie privée.

Le nouveau dispositif IJ maladie qui a vocation à prendre en charge tout type d'arrêt maladie étant plus large que ce qui est prévu par le droit local, il constituera par conséquent un premier étage de réparation, sans pour autant se substituer au droit local, lequel sera toujours en mesure d'apporter des prestations supplémentaires en matière d'accidents de la vie privée.

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif de la mesure.

- **Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale**

La mesure impacte les dépenses et les recettes la branche maladie-maternité-invalidité du régime des exploitants agricoles. Elle prend ainsi place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale comme relevant des mesures modifiant les règles relatives aux dépenses et aux recettes affectées aux régimes obligatoires de base en vertu des 2° du C et aux 2° et 3° du B du V de l'article LO 11-3 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée aux articles L.731-13, L.731-35-1, L.731-35-2, L.732-4 , L.732-4-1, L.732-6, L. 732-15, L. 762-4, L.762-13-1, L.762-18 et L.762-18-1.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui, sauf à Mayotte (entrée en vigueur en 2015)
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

– **Impact financier**

La mesure, autofinancée, est neutre pour la branche maladie du régime général.

Le coût total est estimé à 73 M€ (y compris les frais de gestion) en 2014 en charges de prestation et en produits de cotisations.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Branche maladie du régime des exploitants agricoles			73	73	73

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

Le chiffrage du montant des prestations techniques relatif à la création d'une indemnité journalière pour les non salariés agricoles en cas de maladie ou d'accident de la vie privée a été établi à partir des données connues pour le même type de prestation au régime des salariés agricoles:

La population patients assurés au régime des salariés agricoles à titre d'ouvrant droit âgés de 62 ans ou moins, soit 830000 patients, a été ventilée suivant trois critères : âge, sexe et en affection de longue durée ou non.

Ensuite, il a été procédé à l'établissement de profils de recours aux indemnités journalières en termes de fréquence et de durée connus pour les catégories de salariés agricoles ainsi constitués.

Ces profils ont été déterminés sur la base de l'ensemble des arrêts de travail initialisés au cours de l'année 2010 et suivis dans leur durée jusqu'en mai 2012.

Ces profils ont été ensuite répartis suivant la durée totale de l'arrêt de salariés et transposés aux populations :

- de chefs d'exploitation
- de conjoints collaborateurs
- et d'aides familiaux

ventilés suivant les mêmes critères d'âge et de sexe pour déterminer un nombre d'IJ à indemniser.

Population de référence NSA :

- *hors affection de longue durée (ALD)*

	Chefs d'exploitation		**Conjoints collaborateurs**		**Aides familiaux**	
Classes d'âge	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
19 ans et moins	233	66	0	0	109	12
20-29 ans	23 209	4 159	79	693	2 475	364
30-39 ans	58 926	14 048	586	4 517	848	161
40-49 ans	101 229	31 352	1 649	15 117	333	144
50-59 ans	102 594	39 711	2 444	17 954	313	314
60-62 ans	30 416	20 275	310	1 143	55	65
Total	**316 608**	**109 611**	**5 069**	**39 423**	**4 133**	**1 060**

- *en ALD*

	Chefs d'exploitation		Conjoints collaborateurs		Aides familiaux	
Classes d'âge	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
19 ans et moins	10	5	0	0	5	1
20-29 ans	553	137	2	23	59	12
30-39 ans	2 077	585	21	188	30	7
40-49 ans	7 099	2 485	116	1 198	23	11
50-59 ans	18 312	6 897	436	3 118	56	54
60-62 ans	10 411	5 532	106	312	19	18
Total	**38 461**	**15 641**	**681**	**4 839**	**192**	**103**

Au sein de chacune des classes de durées, les durées moyennes ont été valorisées en fonction de la valeur de l'IJ.

– **Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Aucun.

b) impacts sociaux

La mesure améliore le niveau de couverture en assurance maladie des personnes non salariées agricoles, lesquelles ne pouvaient jusqu'à présent percevoir, en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, que des prestations en nature (remboursements de soins), sans pouvoir être indemnisées de la perte de revenus liée à l'interruption de l'activité.

Elle constitue une avancée en matière d'équité entre les assurés des différents régimes dans la mesure notamment où les personnes assujetties au régime social des indépendants (RSI) peuvent percevoir des prestations en espèces.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

– **Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les personnes physiques

Amélioration des revenus en cas de maladie ou d'accidents de la vie privée

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée dans le respect du principe de la pluralité d'assureurs qui régit le fonctionnement de l'assurance maladie des exploitants agricoles : caisses de la MSA et APRIA RSA.

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

Des adaptations organisationnelles, informatiques et comptables des assureurs (MSA et APRIA RSA) devront intervenir en 2013.

d) impact budgétaire

La charge de gestion sera gérée par une partie du produit des cotisations forfaitaires annuelles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles s'agissant de la MSA.

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

– **Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Un décret simple d'application est nécessaire.

– **Existence de mesures transitoires**

Non

– **Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Les adaptations organisationnelles, informatiques et comptables des assureurs (MSA et APRIA RSA) justifient une entrée en vigueur du dispositif au 1er janvier 2014.

– **Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Les caisses de mutualité sociale agricole assureront l'information des personnes concernées.

– **Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non. La CCMSA assurera néanmoins un suivi précis de la mise en œuvre de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.731-13 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-13 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficient d'une exonération partielle des cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise.	Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficient d'une exonération partielle des cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, **à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L.732-4,** de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise.
Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de	Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de

cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge. Pour l'année 2009, cette exonération est applicable une année supplémentaire aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour lesquels la cinquième année civile d'exonération s'est terminée le 31 décembre 2008. Les taux d'exonération, le plafond des exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont redevables sont déterminés par décret.	cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge. Pour l'année 2009, cette exonération est applicable une année supplémentaire aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour lesquels la cinquième année civile d'exonération s'est terminée le 31 décembre 2008. Les taux d'exonération, le plafond des exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont redevables sont déterminés par décret.
	Article L.731-35-1 nouveau **du code rural et de la pêche maritime**
	Pour la couverture des prestations mentionnées à l'article L.732-4, une cotisation forfaitaire est à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. **Cette cotisation, qui est due par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal, est valable à la fois pour lui-même et pour les personnes mentionnées aux 2°) et 3°) de l'article L.732-4.** **La charge des prestations prévues à l'article L.732-4 ainsi que les frais de gestion et de contrôle médical sont couverts intégralement par le produit de la cotisation dont le montant est fixé, en tant que de besoin, chaque année, par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale, après avis d'une section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles comprenant des représentants de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, du groupement mentionné à l'article L. 731-31 et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles.** **Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.**
	Article L.731-35-2 nouveau **du code rural et de la pêche maritime**
	La caisse centrale de mutualité sociale agricole gère un fonds spécial destiné à

	financer les indemnités journalières mentionnées à l'article L.732-4 et alimenté par les cotisations prévues à l'article L.731-35-1. **Les excédents constatés chaque année donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.** **La Caisse centrale de mutualité sociale agricole rend compte annuellement de la gestion de ce fonds spécial à la section spécialisée du Conseil supérieur de la protection sociale agricole mentionnée à l'article L.731-35-1.**
Article L.732-4 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 732-4 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
L'assurance ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnités journalières.	**Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :** **1°) les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L.722-4 exerçant à titre exclusif ou principal ;** **2°) les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L.321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° ;** **3°) les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L.722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1°.** **Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.** **Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.**
	Article L. 732-4-1 nouveau **du code rural et de la pêche maritime**
	L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5. Elle est majorée à l'issue de périodes d'incapacité fixées par décret.
Article L.732-6 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 732-6 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Les prestations allouées en application de l'article L. 732-3 sont, sous réserve des articles L. 732-7 à L. 732-9, celles que prévoit la section 2 du chapitre II du titre IV du présent livre relative à l'assurance maladie, maternité, invalidité des salariés des professions agricoles, à l'exclusion	Les prestations allouées en application de l'article L. 732-3 sont, sous réserve des articles **L. 732-4** et L. 732-7 à L. 732-9, celles que prévoit la section 2 du chapitre II du titre IV du présent livre relative à l'assurance maladie, maternité, invalidité des salariés des professions agricoles.

des indemnités journalières et des assurances décès et vieillesse.	
Article L.732-7 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 732-7 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Les diverses prestations sont fixées, dans les conditions et limites établies par décret, par les statuts et règlements des organismes d'assurance mentionnés à l'article L. 731-30. Ces statuts et règlements sont approuvés par le ministre chargé de l'agriculture. Ils doivent être conformes aux dispositions obligatoires des statuts et règlements types approuvés dans les mêmes formes. Ils précisent notamment les tarifs de responsabilité.	~~Les diverses prestations sont fixées, dans les conditions et limites établies par décret, par les statuts et règlements des organismes d'assurance mentionnés à l'article L. 731-30.~~ Les statuts et règlements des organismes d'assurance mentionnés à l'article L. 731-30 sont approuvés par le ministre chargé de l'agriculture. Ils doivent être conformes aux dispositions obligatoires des statuts et règlements types approuvés dans les mêmes formes. Ils précisent notamment les tarifs de responsabilité.
Article L.732-15 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 732-15 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
L'absence des cotisations d'assurance maladie, lorsqu'elle est le fait de la mauvaise foi du bénéficiaire, peut conduire, dans des conditions déterminées par un décret, à la suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie à l'assuré social ; toutefois, cette sanction n'affecte pas les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi.	L'absence des cotisations d'assurance maladie, lorsqu'elle est le fait de la mauvaise foi du bénéficiaire, peut conduire, dans des conditions déterminées par un décret, à la suspension du versement des prestations ~~en nature~~ de l'assurance maladie à l'assuré social ; toutefois, cette sanction n'affecte pas les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi.
Article L.762-4 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 762-4 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Les exploitants agricoles exerçant leur activité sur des exploitations de moins de quarante hectares pondérés sont exonérés des cotisations relatives aux prestations familiales, à l'assurance maladie, invalidité, maternité, et à l'assurance vieillesse dans des conditions fixées par décret. Si, au cours d'une année civile, la surface d'exploitation vient à dépasser le seuil de quarante hectares pondérés, dans le cadre d'une diversification de la production ou de la mise en valeur de terres incultes, de terres laissées à l'abandon ou de terres insuffisamment exploitées, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite de quarante hectares pondérés pour une période de cinq ans à compter de l'année civile de réalisation du dépassement de ce seuil dans des conditions fixées par décret.	Les exploitants agricoles exerçant leur activité sur des exploitations de moins de quarante hectares pondérés sont exonérés des cotisations relatives aux prestations familiales, à l'assurance maladie, invalidité, maternité, **à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 762-18-1**, et à l'assurance vieillesse dans des conditions fixées par décret. Si, au cours d'une année civile, la surface d'exploitation vient à dépasser le seuil de quarante hectares pondérés, dans le cadre d'une diversification de la production ou de la mise en valeur de terres incultes, de terres laissées à l'abandon ou de terres insuffisamment exploitées, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite de quarante hectares pondérés pour une période de cinq ans à compter de l'année civile de réalisation du dépassement de ce seuil dans des conditions fixées par décret.
	Article L. 762-13-1 nouveau **du code rural et de la pêche maritime**
	Pour l'application de l'article L.731-13 concernant la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L.732-4, la référence à l'article L.732-4 est remplacée

	par la référence à l'article L.762-18-1.
Article L.762-18 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 762-18 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Au titre des assurances maladie et maternité, les prestations auxquelles peuvent prétendre les bénéficiaires de la présente section sont celles prévues au titre V du livre VII du code de la sécurité sociale.	Au titre des assurances maladie et maternité, les prestations auxquelles peuvent prétendre les bénéficiaires de la présente section sont celles prévues au titre V du livre VII du code de la sécurité sociale.
L'assurance maladie prend aussi en charge les suites des accidents survenus dans un régime obligatoire d'assurance maladie dont relevaient soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, les personnes visées à l'article L. 762-13 avant leur assujettissement au présent régime.	L'assurance maladie prend aussi en charge les suites des accidents survenus dans un régime obligatoire d'assurance maladie dont relevaient soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, les personnes visées à l'article L. 762-13 avant leur assujettissement au présent régime.
Elle couvre également :	Elle couvre également :
1° Les conséquences des accidents dont sont victimes les enfants mineurs de seize ans et assimilés mentionnés à l'article L. 722-10 qui n'exercent pas d'activité professionnelle, ainsi que les suites que peuvent entraîner lesdits accidents pour les victimes après l'âge de seize ans ou, le cas échéant, de vingt ans, dès lors qu'elles demeurent assujetties au régime d'assurance obligatoire institué par la présente section ;	1° Les conséquences des accidents dont sont victimes les enfants mineurs de seize ans et assimilés mentionnés à l'article L. 722-10 qui n'exercent pas d'activité professionnelle, ainsi que les suites que peuvent entraîner lesdits accidents pour les victimes après l'âge de seize ans ou, le cas échéant, de vingt ans, dès lors qu'elles demeurent assujetties au régime d'assurance obligatoire institué par la présente section ;
2° Les conséquences des accidents dont sont victimes les titulaires d'une pension de retraite ou de l'allocation de vieillesse versée en application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur antérieurement au 1er janvier 1990 et les assujettis titulaires d'une pension d'invalidité versée aux victimes d'accidents de la vie privée et d'accidents du travail survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002 ou d'une rente visée à l'article L. 752-6, ainsi que leur conjoint.	2° Les conséquences des accidents dont sont victimes les titulaires d'une pension de retraite ou de l'allocation de vieillesse versée en application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur antérieurement au 1er janvier 1990 et les assujettis titulaires d'une pension d'invalidité versée aux victimes d'accidents de la vie privée et d'accidents du travail survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002 ou d'une rente visée à l'article L. 752-6, ainsi que leur conjoint.
Sous réserve des dispositions de l'alinéa qui précède, l'assurance ne couvre pas les conséquences des accidents du travail, des maladies professionnelles et des accidents de la vie privée lors même qu'il n'y aurait pas affiliation au régime mentionné à la section 5 du présent chapitre.	Sous réserve des dispositions de l'alinéa qui précède, l'assurance ne couvre pas les conséquences des accidents du travail, des maladies professionnelles ~~et des accidents de la vie privée~~ lors même qu'il n'y aurait pas affiliation au régime mentionné à la section 5 du présent chapitre.
Elle ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnités journalières.	~~Elle ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnités journalières~~

	Article L. 762-18-1 nouveau **du code rural et de la pêche maritime**
	Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée : **1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 762-7 exerçant à titre exclusif ou principal ;** **2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° ;** **3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés à l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1°.** **Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.** **Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.**

ARTICLE 57 A

FIIXATION DU MONTANT DE LA DOTATION DU FONDS DE MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES DE SANTE (FMESPP) POUR 2013

I. Présentation de la mesure

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

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

En application du V de l'article 40 de la LFSS pour 2001 : « Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ».

La création du fonds régional d'intervention (FIR) par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a entrainé une redéfinition du périmètre du FMESPP. Une partie des missions antérieurement dévolues au FMESPP ont été transférées au FIR.

Il s'agit notamment de :

- l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins ainsi que des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière engagées par des établissements ou par les ARS pour les établissements de leur région.

L'action du FMESPP est donc recentrée sur le financement de mesures nationales, en particulier les investissements faisant l'objet d'un financement national.

Pour la première fois en 2013, le montant de la dotation au FMESPP voté en LFSS tient compte de ce changement de périmètre.

Pour mémoire, la LFSS pour 2012 a fixé le montant de la dotation FMESPP 2012 à 285,87 M€. Le FIR a ensuite été abondé par le FMESPP à hauteur de 104,35 M€ (soit une dotation FMESPP 2012 hors FIR de 181,52 M€).

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

Mesure proposée :

L'évaluation des besoins de financement au titre du FMESPP conduit à fixer le montant de la dotation pour l'année 2013 (hors FIR) à hauteur de 370,27 M€, soit une évolution, à périmètre constant, de l'ordre de 189 M€ (+104 %).

Cette très forte évolution est principalement liée à un effort de financement au titre de l'investissement hospitalier. En effet, la dotation au FMESPP pour 2013 comprend à la fois :

- les crédits correspondant au besoin de financement pour l'année 2013 des projets identifiés comme devant faire l'objet d'un financement national ;
- des crédits d'aide à l'investissement complémentaires (à hauteur de 150 M€) "mis en réserve" pour faire face aux besoins sur la période 2014-2017.

Autres options possibles :

Aucune

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

L'article 40 de la LFSS pour 2010 renvoie à une disposition annuelle en LFSS le soin de fixer la dotation du FMESPP pour l'année suivante.

Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie trouve sa place en 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

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

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Le FMESPP intervient dans le champ des régimes obligatoires métropolitains de l'assurance maladie, soit quatre DOM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La dotation du FMESPP est fixée annuellement sur la base d'une évaluation des besoins budgétaires. Le montant de la dotation annuelle pour 2013 est fixé à hauteur de 370,27 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2012 (rectificatif)	2013 P	2014	2015	2016
Régimes obligatoires de l'assurance maladie		- 370,27			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

Néant

c) impacts sur l'environnement

Néant

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

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

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

Impact non significatif

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

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

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

Pas de texte d'application nécessaire

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Le FMESPP fait l'objet d'un suivi budgétaire et comptable par la DGOS et la CDC. Cette dernière établit un rapport annuel de son activité à ce sujet. Par ailleurs, la commission de surveillance, prévue par la LFSS de 2001 (article 40), est chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds.

ARTICLE 57 - B

DOTATION ONIAM

I. Présentation de la mesure

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

Créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une dotation de l'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et du VIH. En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, son montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La présente mesure a donc pour objet d'en fixer le montant pour 2013, en tenant évidemment compte notamment des réserves dont devrait disposer l'Office au 31 décembre 2012.

Les dotations de l'assurance maladie à l'Office ont été :

- de 70 M€ par an de 2002 à 2004 ;
- de 30 M€ en 2005 ;
- nulles pour les années 2006 et 2007, compte tenu des dotations déjà votées et d'un fonds de roulement s'établissant à 200 M€ fin 2005 et à 165 M€ fin 2006 ;
- de 50 M€ pour 2008, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant fin 2007 à 98 M€ ;
- de 117 M€ pour 2009, le fonds de roulement fin 2008 étant de 76 M€ ;
- de 70 M€ pour 2010, le fonds de roulement fin 2009 étant de 119,8 M€ ;
- de 10 M€ pour 2011, le fonds de roulement fin 2010 étant de 126 M€ ;
- de 55 M€ pour 2012, le fonds de roulement fin 2011 étant de 74 M€.

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

Mesure proposée :

Le total des dépenses fin 2012 à la charge de l'assurance maladie (hors virus de l'hépatite C - VHC) est estimé à 100 M€ (provisions incluses), ce qui correspond à une exécution de près de 100 % du budget 2012. Ainsi, le fonds de roulement 2012 s'élèverait à 34,8 M€ dont 13,7 M€ de réserves.

Les dépenses pour 2013 à la charge de l'assurance maladie (hors VHC et hors dépenses à la charge de l'Etat) sont estimées à 88,4 M€ (hors reprise sur provisions) :

- 80,4 M€ au titre des indemnisations, dont frais d'avocats et d'expertises ;
- 5 M€ de dépenses de personnel ;
- 2,7 M€ de dépenses de fonctionnement ;
- 0,27 M€ de dépenses d'investissement.

Cette prévision est fondée sur le maintien :

- du nombre de dossiers reçus par les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation - CRCI - (4 117 en 2010, 4 279 en 2011) ;
- du nombre de dossiers transmis par les CRCI à l'ONIAM (732 en 2010, 669 en 2011), compte tenu des mesures mises en œuvre dans les CRCI pour résorber le stock et accélérer les délais d'instruction ;

- du nombre de contentieux en cours (environ 2 000), compte tenu notamment du maintien voire de l'accélération des délais de présentation des offres par l'Office, offres qui sont contestées à un niveau constant (environ 5 %).

Compte tenu de la nécessité pour l'ONIAM de disposer d'un montant prudentiel de réserves estimé à environ 13 M€, du niveau du fonds de roulement estimé à fin 2012 (34,7 M€ dont 13,7 M€ de réserves) et des ressources propres de l'ONIAM (environ 3 M€ issus notamment des recours subrogatoires), il est proposé de fixer la dotation à 85 M€.

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

Le 1° de la partie de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique consacrée aux recettes de l'ONIAM prévoit qu'une dotation globale est versée par les organismes d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette mesure, qui fixe le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, 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 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

S'agissant de fixer une dotation annuelle, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

L'ONIAM intervient dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P ou R***	***2014***	***2015***	***2016***
Assurance maladie du régime général		- 85			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Aucun.

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

Aucun.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure est d'application immédiate.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Non

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

Dans le rapport d'activité annuel de l'office figurent notamment les délais de traitement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, les délais moyens de présentation d'une offre par l'ONIAM, le nombre d'offres faites et l'évolution du nombre des dossiers en stock.

ARTICLE 57 - C

DOTATION ANNUELLE DE L'EPRUS

I. Présentation de la mesure

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

Les dotations de l'assurance maladie couvrent les dépenses relatives à l'achat et à la gestion des produits de santé et dispositifs médicaux en application des dispositions de l'article L.3135-1 du code de la santé publique (CSP).

Cet article prévoit que la contribution des régimes de base d'assurance maladie au financement de l'EPRUS ne peut excéder 50 % des dépenses effectuées relatives aux produits de santé nécessaires pour protéger la population contre une menace sanitaire grave. Il est prévu que ce plafond s'apprécie sur des périodes données de 3 années consécutives.

La dotation 2013 doit ainsi marquer l'ouverture du triennal 2013–2015. Les dotations 2013–2015 de l'assurance maladie doivent couvrir l'intégralité de la programmation prévisionnelle en produits de santé de l'établissement sur cette même période.

La fixation des dotations dont bénéficie l'EPRUS est de la compétence du législateur.

Sur la période du tendanciel 2007-2009, le total des dotations assurance maladie, après régularisation dans le cadre du respect de la parité, s'établit à 236,7 M€.

Sur la période du tendanciel 2010-2012, les dotations assurance maladie votées en LFSS s'établissent à 170 M€ en 2010 et 20 M€ en 2012, soit une contribution totale de 190 M€.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de fixer la dotation 2013 de l'Assurance maladie à l'EPRUS à hauteur de 22,2 M€.

La dotation 2013 permettra de financer les dépenses liées à la gestion des produits de santé des stocks stratégiques de l'Etat :

- le renouvellement des antibiotiques et antidotes nécessaires à la mise en œuvre du plan NRBC ;
- le renouvellement des produits liés à l'application du plan gouvernemental pandémie grippale ;
- la construction de l'entrepôt de stockage central.

Autres options possibles :

Aucune, l'établissement ne dispose pas de ressources autres que les dotations de l'État et de l'assurance maladie.

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

Cette mesure vise à fixer le montant d'une dépense des régimes obligatoires de l'Assurance maladie. Elle prend 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est de la seule compétence des États membres.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

La fixation de la dotation du fonds n'est pas codifiée (mesure annuelle).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Le champ d'intervention de l'EPRUS couvre le territoire de la métropole, des cinq DOM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La programmation prévisionnelle de l'EPRUS, pour sa partie cofinancée, s'élève à 44,2 M€ en 2013, 44,4 M€ en 2014 et à 44,7 en 2015. L'assiette pour établir le plafond de contribution 2013–2015 est ainsi fixée à 133,3 M€ et les dotations inscrites en PLFSS pour l'EPRUS sur 2013–2015 ne devront en conséquence pas excéder 66,6 M€.

La répartition des ces 66,6 M€ sur trois ans doit coïncider avec les besoins prévisionnels de l'établissement, les ajustements se faisant par la suite, année par année, au regard de l'évolution du contenu de la programmation et de la réalisation de celle-ci. La trajectoire budgétaire pluriannuelle

proposée permet de sécuriser la programmation physico-financière de l'opérateur et de ramener progressivement le fonds de roulement à un niveau prudentiel à la fin du triennal 2013-2015.

Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS est fixé pour l'année 2013 à 22,2 M€. Cette dotation permettra de maintenir une parité de cofinancement des produits de santé entre l'État et l'Assurance maladie sur la période 2013-2015. Le projet de loi de finances pour 2013 fixe pour sa part la dotation annuelle de l'Etat à 19,4 M€ ; un prélèvement sur le fonds de roulement de l'établissement, important fin 2012 compte tenu d'une dépense plus faible que prévu, permettra d'assurer l'équilibre de la programmation.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***
Régimes de base de l'assurance maladie		- 22,2			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Aucun.

b) impacts sociaux

Aucun.

c) impacts sur l'environnement :

Aucun.

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

a) impact sur les personnes physiques :

Aucun.

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

Aucun.

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

Aucun.

d) impact budgétaire :

Aucun.

e) impact sur l'emploi :

Aucun.

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

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

Aucun.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Aucun.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Un suivi est effectué par le conseil d'administration de l'EPRUS et par les tutelles ministérielles. Des indicateurs de suivi sont prévus dans le cadre du contrat d'objectif et de performance (COP) de l'EPRUS.

ARTICLE 57 D

FIXATION DE LA CONTRIBUTION DE L'ASSURANCE MALADIE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTE (ARS) POUR 2013

I. Présentation de la mesure

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

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit un article L. 1432-6 nouveau au code de la santé publique, qui dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé sont déterminées annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de fixer la contribution de l'assurance maladie pour 2013 aux agences régionales de santé à 160 M€ au titre de leur budget de gestion**.**

Les normes gouvernementales de maîtrise des dépenses de gestion, notamment de réduction d'effectifs et d'optimisation des frais de fonctionnement, ont été appliquées au montant de la contribution. Compte tenu par ailleurs de l'évolution prévisionnelle de la rémunération applicable aux personnels, il en résulte une stabilisation de la contribution entre les deux exercices.

Autres options possibles :

Aucune dans le contexte de nos finances publiques.

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

L'article 118 de la loi HPST dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé sont déterminées annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette mesure prend place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie à hauteur de 160 M€ (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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

Non, s'agissant d'une disposition annuelle.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure concerne le périmètre d'implantation des ARS, soit la métropole, les cinq DOM et Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le montant de la dotation 2013 étant inchangé par rapport à 2012 (160 M€), l'impact financier de cette mesure est nul, celui-ci étant par convention estimé par différence entre exercices.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 R***	***2014***	***2015***	***2016***
CNAMTS, RSI, CCMSA		0			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Absence d'impact.

b) impacts sociaux

Absence d'impact.

c) impacts sur l'environnement

Absence d'impact.

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

a) impact sur les personnes physiques

Absence d'impact.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Absence d'impact.

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

Absence d'impact.

d) impact budgétaire

Absence d'impact.

e) impact sur l'emploi

Absence d'impact.

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

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

La mesure nécessite la prise d'un arrêté de répartition inter-régimes de la dotation.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Les ARS rendent compte régulièrement de leur activité.

ARTICLE 57 - E

DOTATION 2013 DU FONDS D'INTERVENTION

POUR LA QUALITE ET LA COORDINATION DES SOINS (FIQCS)

I. Présentation de la mesure

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

La part régionale du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins a été intégrée au sein du Fonds d'intervention régionale (FIR) à compter du 1er mars 2012.

La part nationale du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) est maintenue pour le financement des actions prévues à l'article L221-1-1 du code de la sécurité sociale, soit :

- des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville ;
- des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;
- la mise en œuvre du dossier médical personnel et, notamment, le développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

La gestion du fonds est assurée au niveau national par le Conseil National de Gestion (CNG), qui définit et gère les orientations stratégiques et la dotation du FIQCS, et par le Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins (CNQCS), qui délibère sur proposition du CNG.

Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

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

Mesure proposée :

La présente mesure a pour objet de fixer le montant de ce fonds pour 2013.

Il est proposé de fixer le montant des recettes du FIQCS à 43 M€, soit un montant inférieur au montant déterminé en 2012, le solde des besoins de financement étant compensé par un prélèvement sur le fonds de roulement, du fait de montants non consommés au cours des années antérieures.

Le plafond d'autorisation de dépenses serait fixé à 65,1 M€. Le prélèvement sur fonds de roulement du FIQCS s'élèverait donc en 2013 à 22,1 M€.

Le FIQCS national sera sollicité pour le financement des mesures suivantes :

- la poursuite du déploiement du dossier médical personnel (DMP) : le budget arrêté par l'ASIP Santé pour 2012 est d'un montant total de 66,1 M€ dont 47,5 M€ financé par le FIQCS national. Le suivi de l'exécution budgétaire arrêté en juin 2012 (avec des engagements à hauteur de 51,7 M€) conduit à prévoir une consommation en totalité des crédits prévus. Le principal projet financé, le déploiement du DMP, s'appuie sur un objectif de 300 000 DMP à fin 2012. Pour 2013, est proposé d'intégrer dans la construction du FIQCS un montant identique, soit 47,5 M€ ;
- la poursuite de la montée en charge du contrat d'engagement de service public (CESP) : destinés aux étudiants et internes en médecine, en contrepartie d'un engagement à exercer sur une période déterminée en zones médicalement sous-dotées, environ 150 CESP ont été signés sur l'année universitaire 2010-2011 et 230 sont prévus sur 2011-2012. L'estimation

pour 2013 repose sur le financement de bourses de 1200€ pour 429 étudiants et internes supplémentaires, soit un montant prévisionnel pour 2013 de 13,2 M€ et un besoin supplémentaire de financement en mesure nouvelle de 5.0 M€ (extension en année pleine des CESP déjà signés et 429 CESP supplémentaires). La montée en charge des CESP se traduit de la manière suivante pour les exercices suivants:

Montant en milliers d'euros	2013	2014	2015	2016	2017
Prévision pluriannuelle CESP	13 194	18 343	22 025	24 696	26 528

- la poursuite du financement des actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, à partir des projets sélectionnés au niveau national par le bureau du CNQCS, soit un financement annuel maintenu de 4 M€.

- le maintien de l'enveloppe pour la gestion des instances (CNG et CNQCS), soit 0,4 M€.

Autres options possibles :

Aucune.

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

Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie trouve sa place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

La fixation de la dotation du fonds n'est pas codifiée, étant annuelle.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Les actions du FIQCS couvrent la métropole, les cinq Dom et Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Compte tenu de la création du FIR en 2012, ainsi qu'il est rappelé supra, la dotation 2013 au FIQCS ne peut directement se comparer à la dotation 2012 : celle-ci se montait à 250 M€ mais incluait la part régionale du FIQCS, dont les actions sont dorénavant prises en charge via le FIR.

Le montant figurant dans le tableau ci-dessous est donc, contrairement à la règle habituelle, non pas la différence entre la dotation 2013 et la dotation 2012, mais le montant en valeur absolue de la dotation 2013.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P ou R*	*2014*	*2015*	*2016*
Dotation 2013		- 43			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

d) impact budgétaire

Sans objet.

e) impact sur l'emploi

Sans objet.

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

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

La mesure est d'application directe. La répartition entre les régimes d'assurance maladie fait l'objet d'un arrêté pris en année n+1 pour l'année n.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Un rapport d'activité du fonds est publié chaque année.

ARTICLE 57 F

FIXATION DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION POUR 2013 DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE (CNSA) AUX AGENCES REGIONALES DE SANTÉ (ARS) POUR LE FINANCEMENT DES ACTIONS DE PRISES EN CHAGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES AGENCES REGIONALES DE SANTE EN FAVEUR DES PERSONNES AGÉES OU HANDICAPÉES

I. Présentation de la mesure

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

L'article L.1432-6 du code de la santé publique détermine les ressources des agences régionales de santé (ARS) au titre desquelles figurent « *3° Des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux* » et précise que ce montant est fixé en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). La répartition de cette contribution entre diverses actions relève d'un arrêté interministériel.

Depuis la LFSS pour 2011, qui a mis en place (art. 78) un nouveau circuit de financement permettant de déléguer des crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux ARS au titre des actions de prise en charge et d'accompagnement qu'elles déploient en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, le Parlement vote de façon identifiée le montant de cette contribution de la CNSA au budget des ARS.

Ces crédits ne sont pas compris au sein de l'objectif global de dépenses (OGD) de la CNSA. Ils sont en effet prélevés sur le produit brut de la contribution solidarité autonomie (CSA).

Le Parlement avait voté pour l'année 2012 (article 81 V de la LFSS), un montant de 64,55 M€, répartis comme suit par arrêté ministériel du 20 janvier 2012 :

- 27 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan « Santé mentale » en direction des personnes handicapées ;
- 27,5 M€ au titre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (MAIA) ;
- 3 M€ pour les aidants familiaux Alzheimer
- 6,8 M€ pour l'aide à domicile
- 0,25 M€ au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée vise à fixer à 83,65 M€ le montant de la contribution de la CNSA aux ARS pour l'année 2013 au titre des actions d'accompagnement en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Autres options possibles :

Aucune au vu des termes de l'article L.1432-6 du code de la santé publique.

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

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique prévoit que les contributions des régimes d'assurance maladie, d'une part, et de la CNSA au budget des ARS pour le financement de leurs actions concernant notamment les prises en charge et accompagnement des personnes âgées ou handicapées, d'autre part, sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. Pour

cette contribution, la CNSA agit en tant qu'organisme qui finance et gère des dépenses relevant de l'ONDAM.

Cette mesure prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle a un effet direct, à hauteur de 83,65 M€, sur les dépenses d'un organisme qui finance et gère des dépenses relevant de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (D du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

Sans objet

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

a) Possibilité de codification

Non.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

La mesure concerne les collectivités entrant dans le champ d'intervention des ARS soit les cinq DOM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le montant des crédits déconcentrés prélevés sur l'apport brut de la CSA hors OGD est fixé pour 2013 à 83,65 M€. Il contribue au financement des actions suivantes en direction des personnes âgées et handicapées déployées par les ARS :

- 27 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan Santé mentale en direction des personnes handicapées,
- 46,6 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA) dans le cadre du Plan Alzheimer,
- 6,2 M€ au titre de l'aide à domicile
- 3 M€ pour les aidants familiaux Alzheimer
- 0,6 M€ pour le financement des centre régionaux d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de handicap (CREAI) qui permettrons aux ARS de s'appuyer sur ces organismes pour des apports d'expertise et de connaissance dans le champ des politiques médico-sociales en direction des personnes handicapées et des personnes âgées, dans le cadre notamment de la mise en œuvre des projets régionaux de santé et des schémas régionaux d'organisation médico-sociale.
- 0,25 M€ au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
CNSA		- 83,65			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Les sommes transférées sont gérées par les ARS.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aucun

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Le montant de la contribution fixé par la LFSS est réparti entre les différentes actions par arrêté interministériel.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés à ce PQE

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité économique, efficience) ?

Les ARS fourniront toutes les données nécessaires au suivi de la mise en œuvre des actions de prise en charge et d'accompagnement en faveur des personnes âgées ou handicapées.

ARTICLE 57 - G

FINANCEMENT DE L'ASIP VIA LE FMESPP POUR LA MODERNISATION DES ÉQUIPEMENTS TECHNIQUES DES SAMU

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'Agence des systèmes d'Information partagés de santé (ASIP), créée en 2009, a notamment pour objet de renforcer la maîtrise d'ouvrage publique des systèmes d'information dans le secteur de la santé et d'accompagner l'émergence de technologies numériques en santé. Elle s'est vu confier sept missions dont la maîtrise d'ouvrage des projets de systèmes d'information en santé, la définition, la promotion et l'homologation de référentiels, standards, produits ou services contribuant à l'interopérabilité, la sécurité et l'usage des systèmes d'information de santé.

Les ressources de l'ASIP Santé proviennent actuellement à 97 % du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du fonds national de gestion (FNG). Le solde provient de crédits de l'Etat et d'autres subventions.

En juin 2011, le ministère chargé de la santé a mandaté l'ASIP pour effectuer des propositions en vue d'un scénario de modernisation SI et télécom des SAMU-centres d'appel n° 15. Le rapport Mardegan de juillet 2010 *relatif à la modernisation des SAMU* dresse un état des lieux du fonctionnement des SAMU-centres 15, qui fait apparaître, au sujet des SI des SAMU, des fragilités opérationnelles, technologiques, ainsi qu'une grande hétérogénéité des équipements. Le pilotage antérieur, déconcentré, reposait sur des initiatives locales, bénéficiant au coup par coup de dotations du FMESPP.

Les scénarios que l'ASIP santé a été chargée de proposer devaient répondre aux objectifs suivants :

- sécuriser la prise en charge des appels, notamment en cas de crise sanitaire ;
- permettre une souplesse d'organisation et un suivi de l'activité par le biais d'un dispositif interopérable laissant la possibilité d'un fonctionnement en réseau.

Ils devaient également permettre de mutualiser les capacités et être adaptables aux évolutions de l'organisation des SAMU.

L'ASIP santé a rendu son rapport en mai 2012. Elle a préconisé la mise en place d'une solution nationale et mutualisée entre les SAMU. La nécessité d'un pilotage national, le calendrier de déploiement ainsi que les montants envisagés nécessitent de sécuriser les modalités de financement du projet. Un déploiement progressif est prévu, compte tenu de la nécessité de prendre en compte les dispositifs actuellement en place dans les différents SAMU.

Dès lors que le projet est national, comme c'est le cas en l'espèce, et que l'opérateur n'est pas listé dans les bénéficiaires du FMESPP, la réglementation actuelle du fonds de permet pas d'allouer des crédits à l'ASIP pour la mise en œuvre de ce projet. C'est pourquoi une modification du cadre juridique des délégations de crédits nationaux via le FMESPP est nécessaire. Elle est cohérente au regard de l'objet du financement qui concerne exclusivement des dépenses d'investissement. Les charges de fonctionnement des SI et télécom des SAMU ne seront pas financées via le FMESPP.

En l'absence de modifications, le projet ne pourra être mis œuvre faute de capacité à financer l'ASIP pour des projets d'envergure nationale dans le champ des établissements de santé.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

Il est proposé de compléter le cadre juridique de délégation des crédits nationaux du FMESPP afin de permettre à l'ASIP Santé d'être bénéficiaire de subventions du FMESPP pour des missions d'ampleur nationale confiées par l'Etat au bénéfice des établissements de santé.

Les dispositions relatives au FMESPP sont des dispositions non codifiées. Il est proposé d'insérer un III quinquies au sein de l'article 40 modifié de la LFSS pour 2001 afin de permettre l'octroi de crédits du FMESPP à l'ASIP pour la réalisation de missions ou projets d'envergure nationale au bénéfice des établissements de santé.

Autres options possibles : Aucun autre vecteur de financement n'est possible : pas de financement par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) du fait de l'absence de rattachement à un enjeu relatif aux soins ambulatoires, pas de financement par les crédits régionalisés fongibles du FMESPP car il ne s'agit pas d'un établissement de santé.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure, qui ajoute une nouvelle dépense au champ du FMESPP, qui est financé sur l'ONDAM, a un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. Elle prend ainsi 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 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure **applique-t-elle** une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La disposition modifiée fait partie d'un ensemble de dispositions règlementant le FMESPP qui sont non codifiées.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***
FMESPP (ONDAM)		-13,9	-16	A affiner	A affiner

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

Néant

c) impacts sur l'environnement

Néant

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Néant

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Néant

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

L'objectif est, de permettre le déploiement d'un SI national de qualité homogène pour l'ensemble des SI des SAMU-centres 15, dans le but de répondre aux enjeux de qualité et de sécurité de la réponse téléphonique aux besoins de soins urgents, au quotidien et en cas de crise. Cela implique de faire évoluer les SI des SAMU, selon des calendriers et des modalités qui devront tenir compte des dispositifs en place actuellement. L'impact sera étalé progressivement pendant toute la durée du projet.

d) impact budgétaire

Néant

e) impact sur l'emploi

Néant

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Arrêté annuel fixant la contribution du FMESPP au budget de l'ASIP

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 33 actuel **de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**	**Article 33 modifié** **de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**
I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations. II. (abrogé) III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1 Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet	I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations. II. (abrogé) III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1 Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet

d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.	d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.
III bis. (abrogé)	III bis. (abrogé)
III ter.-Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.	III ter.-Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.
III quater. (abrogé)	III quater. (abrogé)
	III.-quinquies- Le fonds peut financer toute mission d'ampleur nationale au bénéfice des établissements de santé confiée par le ministre en charge de la santé à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé.
IV.-Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.	IV.-Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.
L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur.	L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur.
V.-Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.	V.-Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.
Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds.	Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds.
Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de	Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de

santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.	santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.
V bis. (abrogé)	V bis. (abrogé)
VI.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.	VI.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.
VII.-L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au VI.	VII.-L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au VI.
VIII.-Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires.	VIII.-Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires.
Le rapport annuel mentionné au premier alinéa ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1er octobre de chaque année.	Le rapport annuel mentionné au premier alinéa ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1er octobre de chaque année.
IX.-Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.	IX.-Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon

ARTICLE 57 - H

REFORME DE LA REPARTITION DE LA PARTICIPATION DES REGIMES OBLIGATOIRES D'ASSURANCE MALADIE AU FINANCEMENT DE DIFFERENTS FONDS ET ETABLISSEMENTS

ET DE L'AFFECTATION DES TAXES PERCUES SUR LES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les régimes obligatoires de base d'assurance maladie participent tous les ans au financement de différents fonds et établissements : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), fonds d'intervention régional (FIR), établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), haute autorité de santé (HAS), agence de biomédecine (ABM), office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), centre national de gestion des praticiens hospitaliers des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), institut national de transfusion sanguine (INTS), établissement français du sang (EFS), agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

La répartition de leur contribution repose sur des règles hétérogènes selon les fonds et établissements. Les clés de répartition sont ainsi fixées selon les cas, en référence à des dispositions législatives ou réglementaires, au prorata pour chaque régime :

- des dépenses mentionnées à l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale : dotations annuelles de financement des établissements psychiatriques et établissements de soins de suite et de réadaptation ;
- de la somme des dépenses mentionnées aux articles L.174-2 et L.162-22-15 du même code : en sus des dotations visées ci-dessus, forfaits annuels et financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- des dépenses mentionnées à l'article D. 162-25 : prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Le critère retenu en application de l'article L. 174-2 n'apparaît plus signifiant, depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). Il permettait initialement de retracer une partie très significative des dépenses hospitalières à travers les dotations globales de fonctionnement, mais se limite depuis le changement du mode de tarification des soins de médecine, chirurgie et obstétrique aux seules dépenses des établissements de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation. Ce changement a entraîné une distorsion des clés par rapport à la situation initiale.

Au caractère peu robuste et variable du critère de dépenses sur lequel est fondée la répartition, s'ajoute la multiplicité de champ des régimes contributeurs :

- le FIQCS est financé par les quatre régimes les plus importants (CNAMTS, CCMSA-salariés, CCMSA-exploitants et RSI) ;
- les autres fonds et établissements bénéficient d'une contribution de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, exception faite des régimes parlementaires (qui regroupent les élus et le personnel des assemblées), car ces derniers ne participent pas à la commission nationale de répartition des charges de dotations annuelles de financement (instituée par l'article R.174-1-4 du code de la sécurité sociale) qui établit tous les ans la répartition de ces dépenses entre les régimes d'assurance maladie à des fins de régularisation des sommes avancées aux établissements par les caisses « pivots » ;

- seul le FIR, mis en œuvre en 2012, bénéficie de la participation de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Au total, le caractère à la fois complexe et pour partie daté des modalités de répartition conduit à brouiller la lisibilité du financement de l'ensemble de ces organismes et est porteur d'un coût non justifié en gestion.

Par ailleurs, certaines recettes sectorielles payées par les mêmes contributeurs font également l'objet d'une affectation non homogène. Ainsi, les taxes perçues sur les laboratoires pharmaceutiques sont-elles actuellement soit affectées au seul régime général, soit réparties entre les 4 plus grands régimes d'assurance maladie (régime général, régime social des indépendants, régimes des salariés et exploitants agricoles). Compte tenu de l'intégration financière à la CNAMTS des régimes agricoles, cela revient à une répartition entre la CNAMTS et le RSI. Une telle affectation non homogène de ces taxes complexifie la lecture de l'affectation de ces ressources et ne se justifie plus, d'autant que le RSI est équilibré par le biais de ressources issues de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) dont le reliquat revient au fonds de solidarité vieillesse (FSV).

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

Il est proposé, pour le volet « répartition des dépenses » de la mesure, dans un objectif de simplification et d'équité des transferts financiers, d'opter pour un schéma de répartition unique pour la participation des régimes d'assurance maladie au financement de différents fonds ou établissements :

- la clé retenue serait celle actuellement appliquée au FIR et qui est établie sur la base de données comptables relatives aux dépenses de prestations d'assurance maladie et maternité de chaque régime ;
- à l'instar du FIR, de répartir cette dotation entre l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, ce qui est cohérent avec l'objet des entités financées, dont l'action concerne l'ensemble des assurés sociaux.

Sur le volet « répartition des recettes », il est proposé, toujours dans un objectif de simplification, que les taxes perçues sur les laboratoires pharmaceutiques actuellement partagées entre les 4 principaux régimes (contribution due par les laboratoires et grossistes répartiteurs sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques, remises conventionnelles et contribution à la charge des laboratoires non conventionnés avec le CEPS) soient affectées à la CNAMTS comme c'est d'ores et déjà le cas pour la contribution due par les entreprises exploitant des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché.

Enfin, en vue de faire concorder la pratique avec la loi, il est proposé que les pénalités des pharmaciens appliquées dans le cadre d'une substitution de médicament non conforme à l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, soient affectées au régime d'assurance maladie auquel est affilié l'assuré pour lequel le pharmacien n'a pas respecté les dispositions de cet article.

Autres options possibles :

Il aurait pu être envisagé de répartir la participation de l'assurance maladie au financement de fonds ou établissements sur la base des dépenses T2A de chaque régime. Mais, cette base apparaît peu cohérente pour des fonds ou des établissements dont les missions ne sont pas exclusivement en lien avec les établissements de santé, tels que le FIQCS, la HAS, l'ONIAM ou encore l'EPRUS.

Côté ressources, il aurait pu être envisagé de partager toutes les contributions perçues sur les laboratoires entre les quatre principaux régimes ; mais, comme les deux régimes agricoles sont financièrement intégrés à la CNAMTS, la répartition serait finalement limitée au régime général et au RSI, pour un enjeu financier ne justifiant pas une telle complexité (voir ci-dessous impact financier).

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure a un effet sur les régimes de base de l'assurance maladie tant en termes de recettes que de dépenses. Au vu de son contenu et pour plus de lisibilité, elle prend place dans la quatrième partie de la loi de financement après les dispositions annuelles de dotation de fonds par les régimes de base de l'assurance maladie (2° du C du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure **applique-t-elle** une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La réforme conduit à la modification de plusieurs articles du code de la sécurité sociale et du code de la santé publique, ainsi que de dispositions législatives non codifiées.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Oui

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Cette mesure ne concerne pas spécifiquement les collectivités d'outre mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Sans objet
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Sans objet

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

D'un point de vue financier, le volet « répartition des dépenses » de la mesure sera globalement neutre pour les régimes d'assurance maladie, puisqu'elle ne modifie pas le montant cumulé de leur contribution (lequel est fixé indépendamment par la voie législative ou réglementaire).

La répartition entre régimes sera légèrement modifiée (économie de l'ordre de 6 M€ pour la CNAMTS et les régimes intégrés ~0,7 % de la participation totale), mais sans que cela conduise à des transferts significatifs, le régime général conservant à sa charge une part très majoritaire du financement et portant l'ajustement de l'ensemble des régimes d'assurance maladie financièrement intégrés (en particulier, salariés et exploitants agricoles).

S'agissant du volet « recettes » de la mesure : la fraction des contributions revenant au RSI sera transférée à la CNAMTS. Ce montant sera compensé par une attribution équivalente de C3S, dont le solde affecté au FSV sera minoré d'autant, mais d'une somme modeste de 26 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 R*	*2014*	*2015*	*2016*
Volet « dépenses »					
Régimes d'assurance maladie		**0**	**0**	**0**	**0**
- CNAMTS et régimes intégrés		-6	-6	-6	-6
- autres régimes		+6	+6	+6	+6
Volet « recettes »					
Régimes d'assurance maladie		**+26**	**+26**	**+26**	**+26**
- CNAMTS et régimes intégrés		+26	+26	+26	+26
- RSI		0	0	0	0
FSV		-26	-26	-26	-26

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun impact

b) impacts sociaux

Aucun impact

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Aucun impact

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Aucun impact

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aucun impact

d) impact budgétaire

Aucun impact

e) impact sur l'emploi

Aucun impact

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mise en œuvre de cette mesure, dans son volet « dépenses » nécessite la publication d'un décret simple précisant les modalités de calcul de la clé de répartition entre régimes d'assurance maladie ainsi que les modalités de versement des participations. Il sera publié au début de 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La réforme sera mise en œuvre à compter de l'exercice 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en oeuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.138-8 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.138-8 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues à l'article L. 162-37.	Le produit de la contribution est ~~réparti dans les conditions prévues à l'article L. 162-37~~ **affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**.
Article L.138-18 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.138-18 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues par l'article L. 138-8.	Le produit de la contribution est ~~réparti dans les conditions prévues par l'article L. 138-8~~ **affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**.
Article L.161-45 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.161-45 modifié** **du code de la sécurité sociale**
La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur. Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par : 1° Des subventions de l'Etat ;	La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur. Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par : 1° Des subventions de l'Etat ;

2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2. Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ; […]	2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans **des** ~~les~~ conditions ~~prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2.~~ **fixées par décret.** Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ; […]
Article L.162-18 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.162-18 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. […]	Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, ~~la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole~~ d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. […]
Article L.162-37 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.162-37 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Le montant des remises prévues aux articles L. 162-16, L. 162-18 et L. 165-4 est versé à l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon des modalités fixées par décret.	Le montant des remises prévues aux articles ~~L. 162-16,~~ L. 162-18 et L. 165-4 est versé à **la caisse nationale de** l'assurance maladie ~~du régime général~~ des travailleurs salariés ~~qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon des modalités fixées par décret~~.
Article L.165-4 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.165-4 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier 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 d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1	Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier 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~~ d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1

désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. […]	désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. […].
Article L.221-1-1 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.221-1-1 modifié** **du code de la sécurité sociale**
[…] II.-Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. […]	[…] II.-Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. **Le versement et la répartition de la dotation entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret**. ~~La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.~~ […]
Article L.1142-23 actuel **du code de la santé publique**	**Article L.1142-23 modifié** **de la santé publique**
L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret. Les charges de l'office sont constituées par : 1° Le versement d'indemnités aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales en application des dispositions du présent chapitre ; 2° Le versement d'indemnités en réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire en application de l'article L. 3111-9 ; 3° Le versement d'indemnités aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application de l'article L. 3122-1 ; 3° bis Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1221-14 ; 3° ter Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1142-24-7 ; 4° Le versement des indemnités prévues à l'article L. 3131-4 aux victimes de dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément aux articles L. 3131-1 et L. 3134-1 ; 5° Les frais de gestion administrative de l'office et des commissions régionales et interrégionales ; 6° Les frais résultant des expertises diligentées par les commissions régionales et interrégionales	L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret. Les charges de l'office sont constituées par : 1° Le versement d'indemnités aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales en application des dispositions du présent chapitre ; 2° Le versement d'indemnités en réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire en application de l'article L. 3111-9 ; 3° Le versement d'indemnités aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application de l'article L. 3122-1 ; 3° bis Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1221-14 ; 3° ter Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1142-24-7 ; 4° Le versement des indemnités prévues à l'article L. 3131-4 aux victimes de dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément aux articles L. 3131-1 et L. 3134-1 ; 5° Les frais de gestion administrative de l'office et des commissions régionales et interrégionales ; 6° Les frais résultant des expertises diligentées par les commissions régionales et interrégionales

ainsi que des expertises prévues pour l'application des articles L. 1142-24-4, L. 1221-14, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-2. Les recettes de l'office sont constituées par : 1° Une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par décret. La répartition de cette dotation entre les différents régimes d'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ; […]	ainsi que des expertises prévues pour l'application des articles L. 1142-24-4, L. 1221-14, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-2. Les recettes de l'office sont constituées par : 1° Une dotation globale ~~versée par les~~ **des régimes obligatoires** ~~organismes~~ d'assurance maladie **versée et répartie** dans des conditions fixées par décret. ~~La répartition de cette dotation entre les différents régimes d'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.~~ Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ; […]
Article L.1222-8 actuel **du code de la santé publique**	**Article L.1222-8 modifié** **de la santé publique**
Les recettes de l'Etablissement français du sang sont constituées par : 1° Les produits de la cession des produits sanguins labiles ; 2° Les produits des activités annexes ; 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 organique relative aux lois de finances ; 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 ; 5° Des emprunts	Les recettes de l'Etablissement français du sang sont constituées par : 1° Les produits de la cession des produits sanguins labiles ; 2° Les produits des activités annexes ; 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 organique relative aux lois de finances ; 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** ; 5° Des emprunts
Article L.1417-8 actuel **du code de la santé publique**	**Article L.1417-8 modifié** **de la santé publique**
Les ressources de l'institut sont constituées notamment : 1° Par une subvention de l'Etat ; 2° Par une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Les modalités de fixation et de révision de la dotation globale sont prévues par décret en Conseil d'Etat ; 3° Par des subventions de collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes d'assurance maladie, des organismes mutualistes, de l'Union européenne ou des	Les ressources de l'institut sont constituées notamment : 1° Par une subvention de l'Etat ; 2° Par une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Les modalités de fixation et de révision de la dotation globale sont prévues par décret en Conseil d'Etat ; 3° Par des subventions de collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes d'assurance maladie, des organismes mutualistes, de l'Union européenne ou des

organisations internationales ; 4° Par des taxes prévues à son bénéfice ; 5° Par des redevances pour services rendus ; 6° Par des produits divers, dons et legs ; 7° Par des emprunts.	organisations internationales. **La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret** ; 4° Par des taxes prévues à son bénéfice ; 5° Par des redevances pour services rendus ; 6° Par des produits divers, dons et legs ; 7° Par des emprunts.
Article L.1418-7 actuel **du code de la santé publique**	**Article L.1418-7 modifié** **de la santé publique**
Les ressources de l'agence comprennent : 1° Des subventions de l'Etat, de l'Union européenne ou d'organisations internationales ; 2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; 3° Des taxes et redevances créées à son bénéfice ; 4° Des produits divers, dons et legs ; 5° Des emprunts.	Les ressources de l'agence comprennent : 1° Des subventions de l'Etat, de l'Union européenne ou d'organisations internationales ; 2° Une dotation globale **des régimes obligatoires d'assurance maladie**, versée et répartie ~~versée~~ dans **des** ~~les~~ conditions ~~prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale~~ **fixées par décret** ; 3° Des taxes et redevances créées à son bénéfice ; 4° Des produits divers, dons et legs ; 5° Des emprunts.
Article L.3135-4 actuel **du code de la santé publique**	**Article L.3135-4 modifié** **de la santé publique**
Les ressources de l'établissement public sont constituées par : 1° Des taxes prévues à son bénéfice ; 2° Des redevances pour services rendus ; 3° Le produit des ventes des produits et services mentionnés à l'article L. 3135-1 ; 4° Les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ; 5° Une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; […].	Les ressources de l'établissement public sont constituées par : 1° Des taxes prévues à son bénéfice ; 2° Des redevances pour services rendus ; 3° Le produit des ventes des produits et services mentionnés à l'article L. 3135-1 ; 4° Les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ; 5° Une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. **Le versement et la répartition de la contribution entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret**~~, répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale~~ ; […]
Article L.6113-10-2 actuel **du code de la santé publique**	**Article L.6113-10-2 modifié** **de la santé publique**
Les ressources du groupement sont constituées notamment par :	Les ressources du groupement sont constituées notamment par :

1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; […].	1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. **Le versement et la répartition de la dotation entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret**, ~~versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale~~ ; […].
Article L731-2 actuel **Du code rural et de la pêche maritime**	**Article L731-2 modifié** **Du code rural et de la pêche maritime**
Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par : 1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L.139-1 du même code ; 3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ; […]	Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par : 1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L.139-1 du même code ; 3° ~~Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code~~ ; […]
Article 4 actuel **de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2012 de modernisation sociale**	**Article 4 modifié** **de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2012 de modernisation sociale**
I. - Les ressources de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sont constituées notamment par : 1° Des subventions de l'Etat, ainsi que, le cas échéant, des subventions d'établissements publics de l'Etat, d'autres collectivités publiques ou de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ; 2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat ; […]	I. - Les ressources de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sont constituées notamment par : 1° Des subventions de l'Etat, ainsi que, le cas échéant, des subventions d'établissements publics de l'Etat, d'autres collectivités publiques ou de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales. 2° **Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret** ; […]

Article 116 actuel de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière	Article 116 modifié de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
Le Centre national de gestion est l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, des directeurs des soins et des praticiens hospitaliers. Tout établissement mentionné à l'article 2 verse au Centre national de gestion une contribution. L'assiette de la contribution de chaque établissement est constituée de la masse salariale des personnels employés par l'établissement à la date de clôture du pénultième exercice. Le taux de la contribution est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales dans la limite de 0,15 %. En vue de la fixation du montant de la contribution, chaque établissement fait parvenir à l'administration une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ses personnels. La contribution est recouvrée par le Centre national de gestion. Les ressources du Centre national de gestion comprennent également des subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'Etat ainsi qu'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale. […]	Le Centre national de gestion est l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, des directeurs des soins et des praticiens hospitaliers. Tout établissement mentionné à l'article 2 verse au Centre national de gestion une contribution. L'assiette de la contribution de chaque établissement est constituée de la masse salariale des personnels employés par l'établissement à la date de clôture du pénultième exercice. Le taux de la contribution est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales dans la limite de 0,15 %. En vue de la fixation du montant de la contribution, chaque établissement fait parvenir à l'administration une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ses personnels. La contribution est recouvrée par le Centre national de gestion. Les ressources du Centre national de gestion comprennent également des subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'Etat ainsi qu'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. **La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret**~~, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale~~. […]
Article 69 actuel **de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009**	**Article 69 modifié** **de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009**
Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale, peut contribuer au financement de l'un des organismes agréés par l'État visés au dernier alinéa de l'article 116-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, au titre de la convention en cours à la date de publication de la présente loi souscrite au profit de ses adhérents en	Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans **des** ~~les~~ conditions ~~prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale~~ **fixées par décret**, peut contribuer au financement de l'un des organismes agréés par l'État visés au dernier alinéa de l'article 116-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, au titre de la convention en cours à la date de publication de la présente loi souscrite au profit

application de l'article L. 141-1 du code des assurances.	de ses adhérents en application de l'article L. 141-1 du code des assurances.
Article 40 initial **de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001**	**Article 40 modifié** **de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001**
[…] V.-Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds. Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel. […]	[…] V.-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 et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. **Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret**. ~~La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.~~ Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds. Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel. […]

ARTICLE 60

ATTRIBUTION D'UN MINIMUM DE POINTS GRATUITS DE RETRAITE PROPORTIONNELLE AUX EXPLOITANTS AGRICOLES INVALIDES AYANT CESSE LEUR ACTIVITE

I. Présentation de la mesure

– **Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur**

La pension de retraite des non salariés agricoles comprend deux éléments : la retraite forfaitaire et la retraite proportionnelle.

Cependant, les non salariés agricoles qui ont dû cesser leur activité en raison d'une maladie ou d'une infirmité graves, et qui sont bénéficiaires soit d'une pension d'invalidité, soit d'une rente d'incapacité, ne s'ouvrent des droits qu'à la retraite forfaitaire (276,39 € par mois au 1er avril 2012). Ils n'ont aucun droit à la retraite proportionnelle qui constitue pourtant avec la pension forfaitaire la retraite de base des non-salariés agricoles.

– **Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue**

Mesure proposée :

Il est proposé que les périodes d'interruption de l'activité fassent l'objet d'une validation au titre de la retraite proportionnelle des agriculteurs par l'attribution d'un nombre forfaitaire de points gratuits.

Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité ayant dû cesser leur activité en raison directement d'une maladie ou d'une infirmité graves ayant entraîné le versement de ces prestations, pourront ainsi bénéficier de l'attribution de points de retraite proportionnelle (RP) versés à titre gratuit pour les périodes couvertes par une des allocations ou rentes précitées. Les non-salariés concernés sont les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi que les collaborateurs d'exploitation et les aides familiaux, qui bénéficient de la retraite proportionnelle.

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure seront fixées par décret.

Il est prévu d'attribuer, pour les assurés dont la pension aura pris effet à compter de la publication du décret d'application (mesure flux), pour chaque année lors de laquelle l'assuré a bénéficié d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité, un nombre forfaitaire de points de retraite équivalant au nombre minimal de points de retraite proportionnelle pouvant être annuellement attribué à une personne relevant du régime non salarié agricole en fonction de sa catégorie :

- 23 points de retraite proportionnelle pour les chefs d'exploitation ;
- 16 points pour les collaborateurs d'exploitation et les aides familiaux.

Ces points sont attribués y compris pour les périodes d'invalidité antérieures à la publication de la loi.

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif poursuivi.

– **Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale**

Cette mesure impacte les dépenses de la branche vieillesse du régime des non salariés agricoles. Elle prend 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.

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

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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

3. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure **applique-t-elle** une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement **ou de directive**…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

4. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure modifie l'article L.732-21 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui, sauf à Mayotte (entrée en vigueur 2015)
Collectivités d'outre-mer	
- Saint-Pierre et Miquelon	Non
- Saint-Martin et Saint Barthélémy	Oui
- autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

– **Impact financier**

Le coût de cette mesure est évalué à 0,6 M€ en 2013. Par la suite, le coût s'accroît chaque année de 1,2 M€ avec l'arrivée de nouveaux bénéficiaires.

L'évaluation financière de cette mesure a été réalisée à partir des statistiques de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole concernant les effectifs de non-salariés agricoles ayant interrompu toute activité professionnelle agricole et titulaires de l'une des allocations suivantes : pension d'invalidité, rente d'incapacité accidents du travail. D'après ces données, le nombre de nouveaux retraités en 2013, justifiant une telle interruption d'activité est évalué à 1 360 personnes par génération. 60 % de ces personnes sont des hommes et 40 % sont des femmes. La durée d'interruption moyenne est de 10,5 années, ce qui représente 15 000 annuités à valider.

Le coût de la validation de ces années d'interruption d'activité au titre de la retraite proportionnelle est évalué à 0,6 M€ la première année, sur la base d'une attribution gratuite de 16 ou 23 points de retraite proportionnelle. La valeur annuelle du point de retraite proportionnelle est estimée à 3,975 € au 1er avril 2013 contre 3,897 € au 1er avril 2012, avec une hypothèse de revalorisation de 2 %.

Après 2013, il se constitue un stock de bénéficiaires auquel s'ajoute un flux annuel de nouveaux retraités estimé identique à celui de 2013 (1 360 personnes).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014 P*	*2015 P*	*2016 P*
		-0,6	-1,8	-3	-4,2

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

- **Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Les personnes concernées sont les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité. La mesure permet d'améliorer le montant des pensions des personnes retraitées pour inaptitude relevant du régime des personnes non salariées des professions agricoles. Cette disposition constitue une mesure d'équité et de justice en faveur des agriculteurs qui doivent cesser leur activité en raison de leur état de santé.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

- **Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée par les caisses locales de la MSA.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Non significatif.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

- **Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Un décret simple doit fixer notamment le nombre forfaitaire de points de retraite proportionnelle qu'il convient d'attribuer aux personnes concernées. Sa publication est prévue au 1er trimestre 2013.

- **Existence de mesures transitoires ?**

Non.

– **Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Non.

– **Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Les caisses de mutualité sociale agricole assureront l'information des personnes concernées.

– **Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non. Un bilan de la mesure sera néanmoins établi par la CCMSA.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.732-21 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	Article L.732-21*modifié* du code rural et de la pêche maritime
L'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite.	L'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite, **composée de la retraite forfaitaire et de la retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1° et 2° des articles L.732-24 et L.762-29. Les modalités de calcul de la pension sont fixées par décret.**
Toute période de service national légal, de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit à la liquidation des avantages vieillesse.	Toute période de service national légal, de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit à la liquidation des avantages vieillesse.
Sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance prévue à la présente sous-section est également prise en considération pour l'ouverture du droit à pension.	Sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance prévue à la présente sous-section est également prise en considération pour l'ouverture du droit à pension.

ARTICLE 61

ACCOMPAGNEMENT DE L'EXTINCTION

DU REGIME DE CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE DES MEDECINS

I. Présentation de la mesure

10. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le régime de cessation anticipée d'activité des médecins créé par l'article 4 de la loi n°88-16 du 5 janvier 1988 visait à permettre aux médecins âgés d'au moins 57 ans ayant cessé toute activité libérale de bénéficier d'une allocation de remplacement (ADR) jusqu'à l'âge de 65 ans, à condition de ne percevoir ni pension de retraite, ni pension d'invalidité versée par la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF).

Ce régime a été fermé par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et n'a plus accueilli de nouveau bénéficiaire après le 1er janvier 2004.

Conformément aux articles L. 221-1-2 et D.221-30 et D.221-31 du code de la sécurité sociale, le financement des allocations est assuré par le Fonds d'Actions Conventionnelles (FAC) au sein d'une sous-section ADR/MICA spécifiquement affectée au financement des allocations de retraite anticipée des médecins. Ce fonds est géré par la CNAMTS qui a délégué, par convention du 17 juillet 1997, l'appel des cotisations, la liquidation de l'allocation et le versement des allocations à la CARMF.

L'alimentation de ce fonds s'opère au moyen d'une cotisation de l'ensemble des médecins cotisants à la CARMF et prise en charge par l'assurance maladie à hauteur de 68,75 %.

Le régime étant fermé, le nombre des allocataires est en baisse régulière et le régime ne comptera plus aucun bénéficiaire en 2013. Les dernières pensions seront servies, au titre du quatrième trimestre 2012, à 5 bénéficiaires. Elles seront versées par la CARMF au début du mois de janvier 2013 au moyen des fonds qui lui seront versés par la CNAMTS à la fin du mois de décembre 2012.

Les textes législatifs instituant le régime, et notamment celui relatif à la cotisation le finançant, doivent donc être abrogés et ceux y faisant référence modifiés. La LFSS doit également déterminer l'affectation des excédents de cotisations accumulés avant 2003.

En effet, avant d'être affectés, par la LFSS pour 2003, au financement de l'ASV des médecins, les résultats excédentaires du régime restaient au sein du Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL), créé par l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et auquel l'article 19 de la loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 a substitué le Fonds des actions conventionnelles (FAC) le 31 décembre 2007.

Le cumul des excédents de cotisations perçus entre 1988 et 2002 a engendré des réserves qui s'élèvent aujourd'hui à 25 M€ environ, selon la CNAMTS qui gère le fonds.

11. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Les cotisations ayant permis de constituer les réserves du régime résultent des excédents de cotisations, lesquelles ont été à la charge des caisses d'assurance maladie - à hauteur de 68,75 % - et des médecins - à hauteur de 31,25 %.

Il est donc proposé que les réserves du régime restent affectées au FAC, à la section « médecins »[38].

[38] L'article D. 221-28 du code de la sécurité sociale prévoit que le fonds comporte une section distincte par profession faisant l'objet d'une convention avec l'assurance maladie.

12. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure vise à acter la disparition du régime de cessation anticipée d'activité des médecins en supprimant les textes législatifs l'ayant institué, et notamment celui relatif à la cotisation le finançant, et à affecter les réserves de la sous-section MICA à la section « médecins » du FAC.

Elle prend place dans la partie III de la loi de financement de la sécurité sociale comme comportant principalement des effets directs sur les recettes des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement (1° 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

7. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Cette mesure est compatible avec le droit communautaire en vigueur.

8. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure proposée suppose la modification de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale pour supprimer les références à l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988.

Par ailleurs, à titre accessoire, la présente mesure modifie cet article du code de la sécurité sociale pour tenir compte de la disparition de la participation du FAC au financement du dispositif de reconversion vers la médecine du travail et de prévention des médecins et du fait que l'ensemble des professions médicales conventionnés (et pas seulement les médecins libéraux) bénéficient d'une aide à l'informatisation.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article 4 de la loi n°88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est abrogé.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

4. Impact financier

La section médecin du FAC est abondée à hauteur de 25 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014*	*2015*	*2016*
Sous Section « ADR/MICA » du FAC		- 25	-	-	-
Section « médecins » du FAC		+ 25	-	-	-

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

5. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La mesure permet à la section « médecins » du FAC de bénéficier d'un apport financier.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

6. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Aucun.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Non significatif.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

6. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La suppression du régime MICA devra donner lieu à l'adoption d'un décret de toilettage permettant de supprimer les références faites dans le code de la sécurité sociale à ce régime.

7. Existence de mesures transitoires ?

Non.

8. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet.

9. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

10. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Sans objet.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 221-1-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 221-1-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds des actions conventionnelles.	Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds des actions conventionnelles.
I.- Les ressources de ce fonds sont constituées :	**I. - Les ressources de ce fonds sont constituées par des ressources spécifiquement affectées par les parties conventionnelles.**
1° Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ;	
2° Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles.	
II.- Pour les médecins libéraux, le fonds finance l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 précitée et peut également :	II. - Pour les médecins libéraux, **le fonds peut participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.**
1° Participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des médecins dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie ;	
2° Participer au financement du dispositif de reconversion vers la médecine du travail et de prévention des médecins prévu par l'article L. 241-6-1 du code du travail ;	
3° Participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.	
Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu.	Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures mentionnées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu **et participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des**

	professionnels de santé libéraux dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie.
III. - A l'exception des décisions relatives au développement professionnel continu, les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou à l'accord mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1, dans des conditions déterminées par ces conventions ou cet accord. Les décisions de financement relatives au développement professionnel continu sont prises par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. IV.-Les conditions d'application du présent article sont définies par décret.	III. - A l'exception des décisions relatives au développement professionnel continu, les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou à l'accord mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1, dans des conditions déterminées par ces conventions ou cet accord. Les décisions de financement relatives au développement professionnel continu sont prises par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. IV.-Les conditions d'application du présent article sont définies par décret.
Article 4 de la loi n°88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale	**Article 4 de la loi n°88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale**
I. - Les médecins âgés de cinquante-sept ans au moins, relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale et qui cessent définitivement toute activité médicale non salariée avant le 1er octobre 2003, sauf exceptions définies par décret, reçoivent, sur leur demande, une allocation visant à leur garantir, au plus tard jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire, un revenu de remplacement, à condition de ne pas bénéficier à la date de la demande d'allocation ou pendant son service : 1° D'un avantage de retraite servi par la Caisse autonome de retraite des médecins français, quel que soit son montant ; 2° D'un avantage de retraite autre que celui mentionné au 1° d'un montant supérieur à un plafond fixé par le décret mentionné au III ; 3° D'un avantage du régime d'assurance invalidité mentionné à l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale ou des dispositions de l'article L. 643-2 du même code ; les personnes qui, au titre de la durée de leur captivité ou de leurs services militaires en temps de guerre, peuvent bénéficier des dispositions de l'article L. 643-3 du même code sont admises à percevoir l'allocation de cessation anticipée d'activité jusqu'à l'âge auquel elles peuvent faire valoir leurs droits à retraite à taux plein en application dudit article. L'obligation de cesser définitivement toute activité médicale non salariée, prévue au premier alinéa du présent I, ne fait pas obstacle à la participation à la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique. Le service de l'allocation cesse au premier jour	abrogé

du trimestre civil suivant la date à laquelle l'intéressé se trouve dans l'une des situations définies aux 1°, 2° et 3° ci-dessus. Le montant de cette allocation est déterminé en fonction des revenus que les intéressés tiraient antérieurement de l'activité qu'ils exerçaient dans les conditions fixées par les articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un plafond fixé par décret et variant, le cas échéant, selon l'âge auquel la demande d'allocation est présentée. L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par le décret mentionné au III. Le dépassement du plafond mentionné à l'alinéa précédent entraîne une réduction de l'allocation à due concurrence. Toutefois, il n'est pas tenu compte des revenus tirés de l'activité médicale exercée dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique. II. - Le financement de cette allocation est assuré par une cotisation qui est à la charge [*financière*] : 1° Des médecins en exercice relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale ; 2° Du régime général d'assurance maladie, des régimes d'assurance maladie des professions agricoles et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Cette cotisation est proportionnelle aux revenus que les médecins tirent de l'activité mentionnée au 1°. Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et des prestations servies au cours de l'exercice est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins en application de l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale. III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par décret. Le décret fixe également les cas et les conditions dans lesquels, à titre exceptionnel, la date mentionnée au premier alinéa du I peut être fixée après le 1er octobre 2003 pour les personnes ayant organisé avant le 1er octobre 2002 leur cessation d'activité. IV. - Le recouvrement de la cotisation et la liquidation de l'allocation sont assurés par la	

caisse autonome de retraite des médecins français. Ces opérations font l'objet d'une comptabilité distincte de celles des autres régimes gérés par cet organisme. Celui-ci perçoit des frais de gestion dont le montant est fixé par l'autorité administrative après avis de cette caisse. V. - Les médecins qui bénéficient de l'allocation instituée au paragraphe I restent redevables des cotisations que doivent acquitter, à titre obligatoire, les médecins non salariés aux régimes d'assurance vieillesse dont ils relèvent. La cotisation proportionnelle mentionnée à l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale est déterminée, à compter de la troisième année civile de perception de l'allocation de remplacement visée au I, en pourcentage du montant d'allocation perçu au cours de l'avant-dernière année, ainsi que, le cas échéant, des revenus professionnels libéraux retenus pour le calcul de l'impôt. Ils restent également redevables des cotisations relatives au régime d'assurance décès mentionné à l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale selon des modalités fixées par décret. VI. - Les médecins qui bénéficient de l'allocation instituée au paragraphe I conservent leurs droits aux prestations en nature du régime d'assurance maladie et maternité dont ils relevaient lors de leur cessation d'activité. Ils doivent acquitter une cotisation d'assurance maladie-maternité dont le taux est fixé par décret. VII. - Les litiges nés de l'application du présent article, à l'exception du paragraphe III, relèvent du contentieux général de la sécurité sociale [*juridiction compétente*]. Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds des actions conventionnelles. I.-Les ressources de ce fonds sont constituées : 1° Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ; 2° Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles. II.-Pour les médecins libéraux, le fonds finance l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 précitée et peut également : 1° Participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des médecins dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie ; 2° Participer au financement du dispositif de	

reconversion vers la médecine du travail et de prévention des médecins prévu par l'article L. 241-6-1 du code du travail ; 3° Participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu.	

ARTICLE 62

PERMETTRE LA FIXATION D'UNE VALEUR DE SERVICE SPECIFIQUE POUR LES PENSIONS DE REVERSION DES REGIMES DE PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES VIELLESSE DES PROFESSIONS MEDICALES (ASV)

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les régimes des prestations complémentaires de vieillesse des professions médicales (désignés usuellement sous le terme « ASV ») sont des régimes conventionnels rendus obligatoires à la fin des années 1970. L'assurance maladie prend en charge les deux tiers des cotisations[39] dues par les assurés conventionnés (secteur 1, pour les médecins).

Cinq groupes professionnels libéraux bénéficient de ce régime qui constitue le troisième étage de leur retraite, en sus du régime de base et du régime complémentaire : médecins, chirurgiens dentistes, auxiliaires médicaux, sages femmes, et directeurs de laboratoires privés d'analyse médicale non médecins. Ces régimes représentent entre 20 % (pour les auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire) et 40 % de la retraite (pour les autres professions) des intéressés.

L'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a mis en place les dispositions permettant de réformer ces régimes, pour en assurer la pérennité financière. Désormais l'article L. 645-5 du CSS permet au pouvoir réglementaire de différencier la valeur de service du point de retraite, pour chaque profession de santé, selon trois catégories :

- les points des pensions de droit direct et des pensions de réversion liquidées avant le 1er janvier 2006 ;
- les points non liquidés acquis avant le 1er janvier 2006 (dont la valeur peut varier selon l'année d'acquisition des points et selon l'année de liquidation de la pension) ;
- les points acquis à compter du 1er janvier 2006.

A l'issue de négociations avec chaque profession, les paramètres des régimes ont été modifiés, entre 2007 et 2011 selon les régimes, par décret, afin de garantir leur pérennité financière à long terme et dans un objectif d'équité intergénérationnelle : c'est dans ce cadre que les retraités ont été amenés à contribuer à l'effort collectif de redressement des régimes.

Toutefois, afin de partager de manière équitable les efforts financiers demandés aux assurés, il est juste qu'un traitement particulier puisse être réservé aux titulaires de pensions de réversion, en aménageant une valeur de service plus favorable pour les pensions de réversion liquidées avant le 1er janvier 2006 ou issues de pensions de droit propre liquidées avant cette date.

Une évolution en ce sens a d'ailleurs été mise en œuvre dans deux régimes ASV, à la demande des syndicats de médecins et de dentistes, pour la part des pensions de réversion inférieure à la pension

[39] Pour les cotisations forfaitaires ; pour les cotisations proportionnelles, la part financée par l'assurance maladie varie selon le régime, entre 50% et 2/3.

de réversion moyenne. En l'absence de disposition législative explicite, la base légale de cette distinction apparaît fragile.

C'est pourquoi il est proposé d'inscrire dans la loi la possibilité que le pouvoir réglementaire fixe une valeur de service plus favorable aux pensions de réversion liquidées avant 2006 ou liquidées après mais issues de pensions de droit direct liquidées avant 2006, pour les points n'excédant pas un certain seuil. Ce seuil pourra, par exemple, être fixé en fonction de la pension de réversion moyenne.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

L'article L.645-5 du code de la sécurité sociale est complété pour prévoir explicitement que les décrets d'application qui fixent la valeur de service du point peuvent prévoir une valeur plus favorable pour les pensions de réversion liquidées avant le 1er janvier 2006 ou issue de pensions de droit direct liquidée avant cette date, dans la limite d'un nombre de points.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

En autorisant la fixation, par décret, de valeurs de service plus avantageuses pour les premiers points des pensions de réversion des régimes ASV des professions médicales, la mesure affecte directement les dépenses des régimes d'assurance maladie qui financent l'essentiel des cotisations.

Elle prend donc place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale comme comportant principalement des effets directs sur les dépenses des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale).

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Cette mesure est compatible avec le droit communautaire en vigueur.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Cette mesure modifie l'article L. 645-5 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Régimes ASV (financement majoritaire assurance maladie)		-3,5	-4,5	-6	-6

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

L'impact financier correspond à l'hypothèse, pour l'ensemble des régimes ASV, et les pensions de réversion liquidées avant le 1er janvier 2006 et les pensions issues de pensions de droit direct liquidées avant cette date, d'un maintien de la valeur de service applicable avant chacune des réformes intervenues, selon chaque régime, entre 2007 et 2011, pour la part de la pension de réversion correspondant à la pension de réversion moyenne.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun.

b) impacts sociaux

Cette mesure permettra un traitement plus favorable pour les bénéficiaires des pensions de réversion.

c) impacts sur l'environnement

Aucun.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Aucun.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Non significatif.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mise en œuvre de cette mesure dans chacun des régimes ASV concernés s'effectue par décret simple.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure pourra être mise en œuvre par les sections professionnelles concernées dès parution des décrets.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure fera l'objet d'une information des sections professionnelles à destination de leurs assurés concernés.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 645-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 645-5 modifié du code de la sécurité sociale**
La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1er janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes.	La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1er janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes.
Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension.	Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension.
Les points acquis à compter du 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret.	Les points acquis à compter du 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret.
	Pour l'application du premier alinéa, une valeur de service plus favorable peut être prévue par décret pour les pensions de

	réversion, au titre d'un nombre de points n'excédant pas un seuil défini par décret.

ARTICLE 63

MODALITÉ DE PARTAGE DES PENSIONS DE RÉVERSION ENTRE LES AYANTS-DROIT DANS LE RÉGIME DES MARINS

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les marins bénéficient notamment d'un régime spécial de retraite géré par l'Etablissement national des invalides de la marine (ENIM). Lors du décès d'un marin, l'ENIM sert aux conjoints et conjoints divorcés du défunt, une pension de réversion égale à 54 % de la pension obtenue par le marin ou qu'il aurait pu obtenir le jour de son décès.

Le droit au bénéfice d'une pension par les conjoints ou ex-conjoints survivants des marins varie selon la durée des services effectués par le marin et la situation familiale :

- si le marin avait 15 ans de service et plus, la veuve ou le veuf a droit à la pension immédiatement et sans condition si au moins un enfant est né de l'union, ou sous condition d'âge (40 ans) et de durée de mariage (2 ans) si aucun enfant n'est issu de l'union[40] ;
- si le marin avait moins de 15 ans de service, la pension de réversion est servie sous condition d'âge (55 ans) et de durée de mariage (2 ans sauf si un enfant est issu du mariage).

Lorsque le conjoint ou l'ex-conjoint n'est pas éligible à la pension de réversion, le droit est reversé au profit des enfants que le bénéficiaire a eus avec le marin (la pension de réversion dont bénéficiait le conjoint ou ex-conjoint est alors répartie en parts égales entre les enfants) ou, en l'absence d'enfants, aux autres conjoints ou ex-conjoints survivants.

Lorsqu'il y a pluralité d'ayants-cause et qu'une partie de ces ayants-cause sont des orphelins, la pension de réversion est partagée en parts égales entre les différents « lits » (un lit étant constitué soit par un conjoint survivant ayant droit à réversion, soit par un ou plusieurs orphelins issu d'une même union), puis, le cas échéant, au sein de chaque lit, en parts égales entre chaque orphelin.

Ce mécanisme de répartition de la pension de réversion appliqué par l'ENIM s'avère ainsi identique à celui prévu par l'ancien article L. 43 du code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR), qui a été déclaré contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel par une décision n° 2010-108 QPC du 25 mars 2011.

En effet, ce mode de répartition peut induire une inégalité de traitement entre orphelins dans la mesure où le montant de pension servi aux orphelins varie en fonction du nombre d'enfants issu de chaque union : par exemple, dans le cas d'un marin décédé ayant contracté trois mariages successifs - un enfant étant issu du premier, deux du second et aucun du troisième – et dont les deux premières ex-conjointes n'ouvrent pas droit à réversion (par ex. si elles se sont toutes deux remariées), la pension de réversion servie à l'orphelin issu du premier mariage sera deux fois supérieure à celle servie aux orphelins du second mariage.

Le Conseil constitutionnel a donc considéré qu'il existait une différence de traitement contraire au principe d'égalité dans la mesure où, lorsque deux lits au moins sont représentés par un ou plusieurs orphelins, la division de la pension de réversion en parts égales entre les lits, quel que soit le nombre d'orphelins composant ces lits, conduit à ce que la part de la pension due à chacun de ces enfants soit fixée en fonction du nombre d'enfants de chaque lit.

Afin de tenir compte de la censure opérée par le Conseil constitutionnel, les dispositions applicables à la fonction publique ont d'ores et déjà été modifiées (par l'article 162 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012). En revanche, les dispositions applicables à l'ENIM n'ont pas

[40] Les conditions diffèrent si le mariage est postérieur à la cessation d'activité : l'âge est porté à 55 ans et la condition de durée de mariage à 4 ans.

encore évolué alors qu'elles soulèvent les mêmes difficultés que celles que le Conseil constitutionnel a annulées pour la fonction publique à compter du 1er janvier 2012, ce qui place le régime spécial des marins dans une situation d'insécurité juridique.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

La mesure a pour objectif de mettre en conformité le régime spécial des marins avec la décision du Conseil constitutionnel en assurant l'égalité entre orphelins éligibles à la pension de réversion, en cas de partage de la pension entre orphelins issus de lits différents.

Elle consiste :

- à partager la pension de réversion en parts égales entre les différents « lits » (un lit étant constitué soit par un conjoint survivant ayant droit à réversion, soit par un ou plusieurs orphelins issu d'une même union) et à répartir les parts attribuées aux conjoints survivants au prorata des durées de mariage respectives ;
- puis à répartir le reliquat de pension de réversion à parts égales entre les orphelins ayant droit à la réversion sans tenir compte du nombre de lits qu'ils représentent.

Ainsi, dans l'exemple précité :

- le conjoint survivant (troisième mariage du marin) aura droit à un tiers de la pension de réversion (donc sans changement par rapport à la situation actuelle) ;
- le reliquat (soit 2/3 de la pension de réversion) sera ensuite réparti à parts égales entre les trois orphelins issus du premier et deuxième mariage (c'est-à-dire sans tenir compte du fait que ces orphelins sont issus de mariages différents).

Cette mesure correspond à celle adoptée pour la fonction publique dans la loi de finances pour 2012.

Il est également proposé à l'occasion de cette modification du code des transports de procéder à des précisions rédactionnelles concernant la pension temporaire d'orphelin.

Autres options possibles :

Une option aurait pu être de réserver le droit à pension de réversion uniquement aux conjoints survivants ou divorcés. Les orphelins ne percevraient dès lors plus que la pension temporaire prévue à l'article L.5552-31 du code des transports. Cette option, si elle garantit bien l'égalité de traitement entre orphelins, quel que soit leur lit, est moins favorable aux orphelins en les privant d'une part de la pension de réversion.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure ne crée pas de dépense supplémentaire mais elle a un impact sur la distribution de la dépense elle-même. Elle a pour but de tirer les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel n° 2010-108 QPC du 25 mars 2011.Elle prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale comme concernant les dépenses des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Le code des transports est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Abrogation des dispositions de l'article L.5552-34 du code des transports redondantes avec celles de l'article L. 5552-31.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui (sauf Mayotte dans lequel le régime des marins n'est pas applicable – cf. art. L. 5725-1 du code des transports)
Collectivités d'outre-mer -Saint-Pierre et Miquelon -Saint-Martin et Saint Barthélémy -autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Oui Oui Non (sauf TAAF - art. L. 5795-2 du code des transports)

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La mesure ne crée pas de dépense supplémentaire mais elle a un impact sur les modalités de répartition des pensions servies.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
		0	0	0	0

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

La mesure permettra une égalité de traitement entre orphelins bénéficiaires d'une pension de réversion.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Les nouvelles dispositions affecteront les montants de pensions de réversion servis aux ayants-droit de marins décédés lorsqu'il existe une pluralité d'ayants-cause et que plusieurs d'entre eux sont des orphelins issus de lits différents.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

L'organisme gestionnaire du régime d'assurance vieillesse des marins (ENIM) devra procéder à une révision des pensions de réversion lorsqu'il y a pluralité d'ayants-causes. L'ENIM sert en moyenne chaque année 1000 pensions de réversion aux orphelins parmi lesquelles la moitié sont partagées entre plusieurs orphelins. Sur ces 500 pensions, il est estimé qu'un maximum de 100 pensions concerne une pluralité de lits.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La révision des pensions sera effectuée manuellement (dans l'attente de la mise en production de la future application de traitement des pensions ENIM mi-2013). La charge de travail est estimée à 1 ETP pendant 15 à 25 jours.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure n'appelle pas de texte d'application, elle est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

La mesure entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2013. Les ayants-droit dont le montant de pension de réversion servi diminuera en application des nouvelles dispositions conserveront le bénéfice de la pension qui leur est actuellement servie jusqu'à ce que le nouveau montant leur soit notifié par l'organisme gestionnaire du régime vieillesse des marins (ENIM).

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'ENIM adressera aux personnes concernées par la mesure un courrier individuel explicatif et notifiant les nouveaux montants de la pension de réversion servie.

Par ailleurs, l'ENIM diffuse de manière générale les informations relatives aux évolutions de la réglementation sur son site internet, dans la brochure spécialisée « Feux de route » diffusée aux pensionnés et par voie de presse dans le cadre de sa collaboration avec le journal « Le marin ».

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Sans objet.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.5552-31 actuel du code des transports	**Article L.5552-31 modifié du code des transports**
Chaque orphelin a droit à une pension temporaire égale à une fraction de la pension de réversion, sans toutefois que le conjoint survivant et les orphelins qu'ils soient ou non issus de plusieurs lits puissent recevoir au total plus que le montant de la pension attribuée ou qui aurait été attribuée au marin. S'il y a excédent, il est procédé à la réduction temporaire des pensions d'orphelins. En cas de décès de l'autre parent ou si celui-ci ne peut prétendre à pension, les droits qui lui auraient appartenu passent aux enfants dans la limite du maximum fixé par le premier alinéa.	Chaque orphelin a droit à une pension temporaire égale à une fraction **définie par décret en Conseil d'Etat** de la pension ~~de réversion~~ **dont le marin était ou aurait été titulaire**, sans toutefois que le conjoint survivant et les orphelins qu'ils soient ou non issus de plusieurs lits puissent recevoir au total plus que le montant de la pension attribuée ou qui aurait été attribuée au marin. S'il y a excédent, il est procédé à la réduction temporaire des pensions d'orphelins. En cas de décès de l'autre parent ou si celui-ci ne peut prétendre à pension **de réversion**, les droits qui lui auraient appartenu passent aux enfants **dans les conditions prévues à l'article L. 5552-36** et dans la limite du maximum fixé par le premier alinéa **et de l'âge prévu à l'article L. 5552-33**.
Article L.5552-34 actuel du code des transports	**Article L.5552-34 modifié du code des transports**
Les orphelins du marin décédé mentionné à l'article L. 5552-11 ont droit à la réversion d'une fraction de la pension spéciale dont le marin était titulaire ou à laquelle il aurait pu prétendre s'il n'était décédé avant d'être pensionné, dans les conditions prévues aux articles L. 5552-31 à L. 5552-33.	~~Les orphelins du marin décédé mentionné à l'article L. 5552-11 ont droit à la réversion d'une fraction de la pension spéciale dont le marin était titulaire ou à laquelle il aurait pu prétendre s'il n'était décédé avant d'être pensionné, dans les conditions prévues aux articles L. 5552-31 à L. 5552-33.~~
Article L.5552-36 actuel du code des transports	**Article L.5552-36 modifié du code des transports**
Lorsque les enfants mineurs issus de plusieurs lits sont orphelins de père et de mère, la pension qui aurait été attribuée au conjoint survivant se partage, par parties égales, entre chaque groupe d'orphelins. La pension temporaire est, dans ce cas, attribuée	~~Lorsque les enfants mineurs issus de plusieurs lits sont orphelins de père et de mère, la pension qui aurait été attribuée au conjoint survivant se partage, par parties égales, entre chaque groupe d'orphelins.~~ ~~La pension temporaire est, dans ce cas, attribuée~~

dans les conditions prévues aux articles L. 5552-31 à L. 5552-33 et L. 5552-35.	~~dans les conditions prévues aux articles L. 5552-31 à L. 5552-33 et L. 5552-35.~~ **En cas de pluralité d'ayants cause du marin, la pension de réversion prévue par l'article L5552-25 est répartie entre les bénéficiaires des différents lits comme suit :** **a) Les conjoints survivants ou divorcés ayant droit à la pension de réversion ont droit au total à une part de la pension de réversion correspondant au rapport entre leur nombre et le nombre total de lits en présence. Cette part est ensuite partagée entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. Un lit est représenté soit par le conjoint survivant, soit par chaque conjoint divorcé survivant, soit par chaque groupe d'orphelins du marin dont l'autre parent n'a pas ou plus droit à pension de réversion** **b) La différence entre le montant global de la pension de réversion et la part de cette pension versée aux conjoints survivants ou divorcés en application du a) est répartie également entre les orphelins ayant droit à cette pension et qui représentent un lit.**
Article L.5552-37 actuel **du code des transports**	**Article L.5552-37 modifié** **du code des transports**
Lorsqu'au décès du marin il existe plusieurs conjoints ou ex-conjoints survivants, ayant droit à pension, la pension de réversion est répartie entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. Au décès de l'un des bénéficiaires, le droit est reversé au profit des enfants que le bénéficiaire a eus avec le marin réunissant les conditions d'âge exigées pour l'octroi d'une pension ou, à défaut, sa part accroît la part des autres conjoints ou ex-conjoints survivants. Les dispositions du premier alinéa s'appliquent dans les mêmes conditions à l'allocation annuelle mentionnée à l'article L. 5552-29	~~Lorsqu'au décès du marin il existe plusieurs conjoints ou ex-conjoints survivants, ayant droit à pension, la pension de réversion est répartie entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. Au décès de l'un des bénéficiaires, le droit est reversé au profit des enfants que le bénéficiaire a eus avec le marin réunissant les conditions d'âge exigées pour l'octroi d'une pension ou, à défaut, sa part accroît la part des autres conjoints ou ex-conjoints survivants.~~ ~~Les dispositions du premier alinéa s'appliquent dans les mêmes conditions à l'allocation annuelle mentionnée à l'article L. 5552-29~~ **Lorsqu'au décès du marin il existe plusieurs conjoints ou anciens conjoints survivants, ayant droit à l'allocation annuelle proportionnelle prévue à l'article L.5552-29, cette allocation est répartie entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage.**
Article L.5552-44 actuel **du code des transports**	**Article L.5552-44 modifié** **du code des transports**
Sous réserve des dispositions des articles L. 5552-7, L. 5552-10, L. 5552-31 et L. 5552-38, les pensions sont définitivement acquises et ne peuvent être révisées ou supprimées que dans les conditions suivantes :	Sous réserve des dispositions des articles L. 5552-7, L. 5552-10, L. 5552-31**, L.5552-36, L.5552-37** et L. 5552-38, les pensions sont définitivement acquises et ne peuvent être révisées ou supprimées que dans les conditions

1° A tout moment, en cas d'erreur matérielle ; 2° Dans le délai d'un an à compter de la notification de la décision de concession initiale de la pension, en cas d'erreur de droit. La restitution des sommes payées au titre de la pension supprimée ou révisée est exigible lorsque l'intéressé était de mauvaise foi.	suivantes : 1° A tout moment, en cas d'erreur matérielle ; 2° Dans le délai d'un an à compter de la notification de la décision de concession initiale de la pension, en cas d'erreur de droit. La restitution des sommes payées au titre de la pension supprimée ou révisée est exigible lorsque l'intéressé était de mauvaise foi.

ARTICLE 65

REMPLACEMENT DE LA MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE PAR UNE PRESTATION DECONNECTEE DU MONTANT DE LA RENTE INTITULEE « PRESTATION COMPLEMENTAIRE DE RECOURS A TIERCE PERSONNE »

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'assistance d'une tierce personne est nécessaire en cas d'invalidité lourde pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes ordinaires de l'existence. Une prestation spécifique, la majoration pour tierce personne (MTP), existe à cet égard pour les victimes de sinistres professionnels lorsque leur incapacité permanente est d'au moins 80 % et qu'elles ne peuvent accomplir seules ces actes ; cependant, le calcul du montant de cette MTP n'est pas fondé sur leurs besoins effectifs. La MTP est en effet égale à 40 % de la rente, elle-même fonction de leur salaire. Cette situation est tempérée par l'existence d'un « plancher » puisque la MTP ne peut être inférieure à 1082,43 € par mois pour 2012, soit un montant annuel de 12 989,16 €.

Il existe donc entre les acteurs de la réparation des AT/MP un consensus pour améliorer la MTP ; l'accord entre les partenaires sociaux du 12 mars 2007 relatif à la prévention, à la tarification et à la réparation des risques professionnels a d'ailleurs proposé de la faire évoluer de telle sorte qu'elle puisse être mieux adaptée aux besoins de la victime et qu'elle soit modulée en fonction de la nécessité de l'assistance de la personne.

Début juillet 2012, la CNAMTS recensait entre 2960 et 3400 rentes avec MTP dont 12 % concernaient des taux d'incapacité compris entre 80 et 99 % et 88 % des taux de 100 % pour un montant total estimé par la caisse nationale, compris entre 39 et 45 M€. Ce niveau mensuel de 1082,43 € concerne 90 % des MTP actuellement versées (à rapprocher du montant mensuel moyen actuel de la MTP qui est de 1109,60 €).

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

La mesure proposée consiste à créer une nouvelle prestation dont le montant ne dépendrait plus de celui de la rente mais serait déterminé en fonction du besoin d'assistance d'une tierce personne. Trois forfaits pourraient à cet égard être créés, dont les montants annuels seraient fixés par voie réglementaire.

Le degré de perte d'autonomie de l'assuré serait apprécié par le médecin-conseil selon une grille d'évaluation fixée par voie réglementaire. La simplicité d'utilisation du barème sera un élément déterminant de la mesure, afin de permettre une attribution rapide de la prestation. Le seuil d'accès à la prestation, actuellement d'au moins 80 % d'incapacité permanente demeurerait inchangé.

Les textes à modifier sont de nature législative : tout d'abord l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, qui définit aujourd'hui la majoration pour tierce personne allouée à la victime d'un sinistre professionnel, puis, pour des besoins de coordination, d'autres dispositions de ce même code, du code rural et de la pêche maritime et du code de l'action sociale et des familles.

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif poursuivi.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La réforme a un impact sur les dépenses des branches accidents du travail et maladie professionnelle du régime général, du régime des salariés agricoles et du régime des exploitants agricoles. Elle prend

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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats-membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats-membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen en vigueur.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Modification de textes déjà codifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le chiffrage est fondé sur l'hypothèse de la fixation par décret d'un barème avec trois niveaux, en fonction du nombre d'actes de la vie ordinaire que la victime ne peut effectuer seule : 6 495 € par an pour au moins trois actes ordinaires de la vie, 12 989 € pour au moins cinq actes et 19 484 € si la personne ne peut en effectuer au moins sept ou ne peut être laissée seule. Il prend en compte d'une part le fait que les personnes les plus dépendantes qui bénéficient actuellement du montant plancher de la MTP pourront obtenir une aide plus importante (de 50 %), et d'autre part le fait que des personnes qui aujourd'hui ne bénéficient pas de la MTP pourront se voir accorder la nouvelle

prestation, grâce à l'application d'un barème simplifié et mieux modulé. Pour 2013, les montants indiqués tiennent compte d'une entrée en vigueur de la mesure au 1er mars 2013.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 R*	*2014 P*	*2015*	*2016*
Branche AT-MP du régime général		[- 33 ; - 38]	[- 40 ; - 46]	[- 40 ; - 46]	[- 40 ; -46]
Branche AT-MP du régime des salariés agricoles		[-2 ; - 2,5]	[-2,5 ; - 3]	[-2,5 ; - 3]	[-2,5 ; - 3]
Branche AT-MP du régime des exploitants agricoles		NS	- 0,2	- 0,2	- 0,2

2. **Impacts économiques, sociaux et environnementaux de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact économiques

Les dépenses afférentes à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne seront prises en compte pour la détermination des cotisations dues par les entreprises ; toutefois, pour 2013, ces dépenses ne pourront être imputées sur les cotisations des entreprises dont les salariés ont dû avoir recours à une tierce personne : elles seront, en revanche, prises en compte dans la fixation de la majoration de cotisation ATMP due à raison des accidents de trajet[41] (majoration dite « M 1 ») et de la majoration dite « M 2 », qui couvre toutes les charges non couvertes par le taux dit « brut » et les autres majorations. Cela représente au total une cotisation supplémentaire limitée puisque de l'ordre de 0,01 point (0,1 point de cotisation génère près de 500 M€ de recettes).

b) impacts sociaux

En raison de la dissociation de la prestation du montant de la rente, cette mesure permet de garantir l'égalité de traitement des victimes d'un accident du travail ou d'une maladie d'origine professionnelle qui sollicitent une aide au financement de la tierce personne en raison de leur incapacité permanente. Elle permettra à davantage de personnes d'y avoir accès et améliorera le montant de la prestation des victimes dont le besoin d'assistance est le plus important.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. **Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les personnes physiques

La prestation complémentaire pour recours à tierce personne n'exigera des assurés aucune démarche supplémentaire par rapport à la majoration pour tierce personne. Les assurés qui perçoivent aujourd'hui cette dernière pourront en conserver le bénéfice ou demander à leur caisse primaire ou à leur caisse de mutualité sociale agricole un réexamen de leur situation en vue d'étudier leur droit à la nouvelle prestation. C'est à l'occasion de la notification du résultat de cet examen qu'ils exerceront leur droit d'option.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée par les CPAM et les caisses locales de la MSA.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Cette mesure nécessitera une adaptation relativement modérée des systèmes informatiques et de gestion des caisses concernées. Les médecins-conseils devront, pour décider de l'attribution d'une prestation d'aide à la tierce personne, s'aider d'une grille d'appréciation du besoin d'assistance en tierce personne qui devra être intégrée dans leurs procédures.

[41] Les dépenses afférentes aux accidents de trajet sont mutualisées entre toutes les entreprises. Le taux de cette majoration est pour 2012 de 0,26 %.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Deux textes d'application sont nécessaires : un décret en Conseil d'Etat (modification de l'article R. 434-3 du code de la sécurité sociale, toilettage d'autres articles du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime) et un décret.

Ces textes seront publiés d'ici au 1er mars 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Non.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des intéressés sera assurée par les CPAM et les caisses locales de la CMSA.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non. Les CPAM et les caisses locales de la CMSA feront remonter les informations nécessaires à l'établissement du bilan de la réforme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 241-10 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 241-10 modifié du code de la sécurité sociale
I.-La rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par : a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ; b) Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionné à	[…]

l'article L. 541-1 ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles. c) Des personnes titulaires : - soit de l'élément de la prestation de compensation mentionnée au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ; - soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ; d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ; e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret. […]	**- soit d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail ;** […]
Article L. 413-4 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 413-4 modifié** **du code de la sécurité sociale**
La victime d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée au cours de la période du 1er juillet 1945 au 31 décembre 1946, qui, en raison des conséquences de l'accident ou de la maladie et par suite d'une aggravation survenue postérieurement à l'expiration du délai prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, est atteinte d'une incapacité permanente totale de travail l'obligeant à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, reçoit : 1°) s'il y a lieu, une allocation portant le montant annuel de sa rente à celui de la rente calculée sur la base du taux d'incapacité permanente totale ; 2°) une majoration calculée conformément aux dispositions de l'article L. 434-2. Il incombe au demandeur d'apporter la preuve : 1°) de l'incapacité permanente totale si elle n'avait pas été constatée antérieurement en application de la loi du 9 avril 1898 ; 2°) du lien de cause à effet entre les conséquences de l'accident ou de la maladie et	[…] **2°) la prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2** ; […]

l'état de la victime ; 3°) du caractère obligatoire de l'assistance d'une tierce personne.	
Article L. 413-7 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 413-7 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Les allocations et majorations accordées par application des articles L. 413-2, L. 413-4 et L. 413-5 seront affectées des coefficients de revalorisation prévus à l'article L. 434-17.	Les allocations et **prestations** accordées par application des articles L. 413-2, L. 413-4 et L. 413-5 seront affectées des coefficients de revalorisation prévus à l'article L. 434-17.
Article L. 434-2 **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 434-2** **du code de la sécurité sociale**
Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci. Dans le cas où l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum affecté des coefficients de revalorisation fixés dans les conditions prévues à l'article L. 341-6. En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.	[…] **La victime titulaire d'une rente dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 341-6.** […]

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.	
Article L. 443-1 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 443-1 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du présent article, toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations. Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment pendant un délai déterminé qui suit la date de guérison ou de consolidation de la blessure. Après l'expiration de ce délai, une nouvelle fixation des réparations allouées ne peut être faite qu'à des intervalles dont la durée ne peut être inférieure à un délai fixé dans les mêmes conditions. Ces délais subsistent même si un traitement médical est ordonné. Les intervalles peuvent être diminués de commun accord. En cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée par les ayants droit de la victime, tels qu'ils sont désignés aux articles L. 434-7 et suivants.	[…]
Dans le cas où la victime avait été admise au bénéfice des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 434-2 et, à la date de son décès, avait été titulaire, pendant au moins une durée fixée par décret, de la majoration pour assistance d'une tierce personne, le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour la caisse, d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droit.	Dans le cas où la victime avait été admise au bénéfice des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 434-2 et, à la date de son décès, avait été titulaire, pendant au moins une durée fixée par décret, de **la prestation complémentaire pour recours à tierce personne,** le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour la caisse, d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droit.
Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article en ce qui concerne, notamment, le contrôle médical auquel la victime est tenue de se soumettre et les déchéances qui peuvent lui être appliquées en cas de refus.	[…]

Article L. 821-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 821-1 modifié du code de la sécurité sociale
Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés. Les personnes de nationalité étrangère, hors les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour. Un décret fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de leur situation. L'allocation mentionnée au premier alinéa bénéficie aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui en font la demande et qui résident en France depuis plus de trois mois, dans les conditions prévues aux articles L. 121-1 et L. 121-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Cette condition de séjour de trois mois n'est toutefois pas opposable : - aux personnes qui exercent une activité professionnelle déclarée conformément à la législation en vigueur ; - aux personnes qui ont exercé une telle activité en France et soit sont en incapacité permanente de travailler pour raisons médicales, soit suivent une formation professionnelle au sens des articles L. 900-2 et L. 900-3 du code du travail, soit sont inscrites sur la liste visée à l'article L. 311-5 du même code ; - aux ascendants, descendants et conjoints des personnes mentionnées aux deux alinéas précédents. Les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés.	[…]
Le droit à l'allocation aux adultes handicapés est ouvert lorsque la personne ne peut prétendre, au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation	Le droit à l'allocation aux adultes handicapés est ouvert lorsque la personne ne peut prétendre, au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation

particulière, à un avantage de vieillesse ou d'invalidité, à l'exclusion de la majoration pour aide constante d'une tierce personne visée à l'article L. 355-1, ou à une rente d'accident du travail, à l'exclusion de la majoration pour aide d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2, d'un montant au moins égal à cette allocation. […]	particulière, à un avantage de vieillesse ou d'invalidité, à l'exclusion de la majoration pour aide constante d'une tierce personne visée à l'article L. 355-1, ou à une rente d'accident du travail, à l'exclusion de la **prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2**, d'un montant au moins égal à cette allocation. […]
Article L. 232-23 actuel **du code de l'action sociale et des familles**	**Article L. 232-23 modifié** **du code de l'action sociale et des familles**
L'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec l'allocation représentative de services ménagers, ni avec l'aide en nature accordée sous forme de services ménagers, mentionnées, respectivement, aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 231-1, ni avec la prestation de compensation instituée par l'article L. 245-1, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne prévue à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale.	L'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec l'allocation représentative de services ménagers, ni avec l'aide en nature accordée sous forme de services ménagers, mentionnées, respectivement, aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 231-1, ni avec la prestation de compensation instituée par l'article L. 245-1, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne prévue à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale, **ni avec la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue à l'article L. 434-2 de ce même code.**
Article L. 752-6 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 752-6 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Une rente est attribuée à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : - au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à un taux fixé par décret ; - aux autres personnes mentionnées au I de l'article L. 752-1 en cas d'incapacité permanente totale ; - aux assurés mentionnés au II de l'article L. 752-1 lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à un taux fixé par décret. Le taux d'incapacité permanente est déterminé par l'organisme assureur d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelles, compte tenu du barème indicatif d'invalidité mentionné à l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale et sur avis conforme d'une commission des rentes des non-salariés agricoles. Le taux proposé par la commission des rentes des non-salariés agricoles ne peut être inférieur à celui proposé par le service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole. La rente due à la victime atteinte d'une incapacité permanente partielle ou totale est égale au gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5 du présent code ou, en ce qui concerne les assurés	[…]

mentionnés au II de l'article L. 752-1, à un pourcentage de ce gain fixé par arrêté, multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci. La rente est revalorisée selon les coefficients prévus à l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale.	
Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, le montant de la rente est majoré. La majoration ne peut être inférieure au montant minimum prévu au troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.	Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, **cette victime a droit à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue au** troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. […]
En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au sixième alinéa du présent article pour le calcul de la rente afférente au dernier accident.	
Les rentes servies en vertu de l'assurance prévue au présent chapitre sont viagères, incessibles et insaisissables.	

ARTICLE 66

MODIFICATION DES RÈGLES RELATIVES À LA FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'indemnisation des sinistres professionnels revêt un caractère forfaitaire en contrepartie duquel le salarié est dispensé de prouver la faute de l'employeur et ce dernier préservé des poursuites devant les tribunaux. Mais en cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE), le salarié a droit à une indemnisation complémentaire qui consiste en :

- une majoration du capital ou de la rente alloués en cas d'incapacité permanente, majoration répercutée sur l'employeur sous forme de surcotisation ;
- la réparation par l'employeur de ses souffrances physiques et morales, de ses préjudices esthétiques et d'agrément et du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle, les sommes correspondant à chacun de ces chefs de préjudices étant toutefois avancées par la CPAM qui se retourne ensuite contre l'employeur[42].

Le Conseil constitutionnel, le 18 juin 2010, a émis une réserve d'interprétation sur ces dispositions : elles ne sauraient faire obstacle à ce que le salarié puisse demander à l'employeur, auprès des juridictions de sécurité sociale, réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale (Décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010).

La Cour de cassation en a précisé la portée en indiquant, dans quatre arrêts rendus le 4 avril 2012, à l'occasion desquels elle a confirmé en outre que l'intégralité de l'indemnisation décidée par le juge doit être avancée par la CPAM, qui se retournera alors contre l'employeur fautif.

En conséquence, l'avance de trésorerie de près de 70 M€[43] par an supportée aujourd'hui par les CPAM à raison des indemnités allouées par le juge au salarié va inévitablement augmenter, même si le nombre de contentieux demeure stable[44], puisque la liste des préjudices indemnisables n'est désormais plus circonscrite à ceux mentionnés dans le code de la sécurité sociale. La Fédération française des sociétés d'assurance et la Société mutuelle des assurances de bâtiments et travaux publics (SMABTP) estimaient[45] que le coût par dossier de FIE, qui concerne des entreprises du BTP dans 37 % des cas[46], était susceptible de tripler, soit environ 120 M€ par an.

Or, aujourd'hui, pour 56 % des sinistres, les caisses échouent à récupérer les sommes qu'elles ont avancées. Dans environ un quart de ces cas, correspondant à une proportion identique des sommes restant à recouvrer, ce non-recouvrement résulte de la disparition ou de l'insolvabilité de l'entreprise et concerne prioritairement la non récupération de la majoration de rente. En effet, celle-ci est recouvrée sous forme d'une surcotisation dont le taux[47] et la durée de perception (20 ans au plus) ne permettent pas toujours à la branche la récupération intégrale. En raison des majorations de cotisations appliquées à l'ensemble des entreprises, nécessaires pour assurer l' équilibre financier de la branche, cette situation revient à faire peser une partie de la dette sur les autres entreprises, alors même qu'il y

[42] Voir articles L. 452-1 à L. 452-4 du code de la sécurité sociale.

[43] 40 M€ par an au titre, pour la victime, des souffrances physiques et morales, des préjudices esthétiques et d'agrément et du préjudice résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle et, pour les ayants droit, du préjudice moral. S'y ajoutent 26 M€ à raison de la majoration de la rente ou du capital qui sont alloués en cas d'incapacité permanente.

[44] Le nombre de FIE recensé par la CNAMT n'atteint pas 1500 par an.

[45] Voir le magazine « Le moniteur » du 18 février 2011, entretien avec Christian BAFFY, président de la SMAPTP, et Lettre Assurer n° 165 • 8 décembre 2010 de la FFSA.

[46] Source : CNAMTS.

[47] Il ne peut excéder ni 50 % de la cotisation de l'employeur, ni 3 % de la masse salariale (article R. 452-1 du code de la sécurité sociale).

a eu faute de l'une d'entre elles et que depuis 1987, l'employeur en cause peut s'assurer contre les conséquences de cette faute.

Mais la majorité (54 %) des sommes non recouvrées (près de 20 M€) sont afférentes aux sinistres dans lesquels l'employeur se prévaut de l'inopposabilité de la décision de reconnaissance par la CPAM du caractère professionnel du sinistre. En effet, la reconnaissance de la FIE par le juge, alors même qu'elle suppose que ce dernier a préalablement admis le caractère professionnel du sinistre[48], n'empêche pas l'employeur de faire échec à la récupération des indemnités que la caisse a versées à la victime ou ses ayants droit s'il n'a pas été mis en capacité de lui présenter ses éventuelles observations lorsque celle-ci a instruit ce sinistre[49].

Or, s'il est évidemment fondamental que la caisse respecte le principe du contradictoire, point sur lequel des dispositions ont été prises dans le cadre du décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009 et de la convention d'objectifs et de gestion 2009 – 2012 conclue entre l'Etat et la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (voir 2°), la conséquence qui est tirée présentement de sa carence en la matière s'apparente toutefois à une forme de double peine.

En effet, l'employeur, parce que ce principe n'a pas été respecté, prive déjà la caisse du droit d'imputer à son compte le coût des prestations qu'elle sert au salarié indépendamment de toute FIE ; il échappe ainsi à toute majoration de ses cotisations ; il paraît dès lors excessif d'étendre les effets du non respect de ce principe aux indemnités allouées dans le cadre d'un contentieux initié contre l'employeur par le salarié, dans lequel la caisse n'est partie prenante que parce qu'elle procède à l'avance des sommes en question, le législateur ayant souhaité garantir à la victime la perception de ces indemnités, à une époque (1976) où il était expressément interdit à l'employeur de s'assurer contre les conséquences de sa faute inexcusable.

De surcroît, le non respect du principe du contradictoire lors de la procédure administrative ne fait aucun grief à l'employeur en cas de procédure judiciaire fondée sur la faute inexcusable puisque celui-ci peut discuter contradictoirement devant le juge le caractère professionnel du sinistre.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée

La mesure proposée consiste à donner aux caisses les moyens d'améliorer le recouvrement des indemnités arrêtées par le juge :

→ en recouvrant les sommes représentatives de la majoration de rente ou de capital sous forme d'un capital plutôt que d'une surcotisation.

Depuis 1987, les employeurs ont la faculté de s'assurer contre les conséquences de leur faute inexcusable, alors qu'il leur en était fait expressément interdiction jusqu'alors. Le risque de mettre en danger la survie de l'entreprise en recouvrant la majoration de rente en capital, mode de recouvrement qui est la règle pour toutes les autres indemnités allouées par le juge, est donc bien moindre qu'auparavant. Il n'est donc plus justifié que la branche supporte le risque financier d'une disparition de l'entreprise. De surcroît, cette réforme est cohérente avec celle de la tarification en vigueur depuis le 1er janvier 2012, en application de laquelle l'intégralité du coût des sinistres est imputée en une seule fois sur le compte de l'employeur.

→ en limitant la portée du non respect du contradictoire par la caisse lors de sa reconnaissance du caractère professionnel du sinistre au contentieux l'opposant à l'employeur. Il est proposé à cet égard d'insérer dans le code de la sécurité sociale une disposition prévoyant que l'employeur, dans le cadre du contentieux qui l'oppose au salarié, ne peut s'exonérer vis-à-vis de la caisse des sommes dont il est redevable à raison de sa faute inexcusable au motif que la caisse n'a pas respecté le principe du contradictoire dans le cadre d'une procédure administrative indépendante.

La réforme sera applicable à la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général ainsi qu'à celle du régime des salariés agricoles (renvoi des articles L. 751-9 et L. 761-16 du code rural et de la pêche maritime aux dispositions du code de la sécurité sociale).

[48] Arrêt du 20 mars 2008 de la 2ème chambre civile de la Cour de cassation : la faute inexcusable ne peut être retenue que si l'accident revêt le caractère d'un accident du travail.

[49] Arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 26 novembre 2002.

Autres options possibles

Une autre réponse possible aux difficultés que les caisses rencontrent pour recouvrer la majoration de rente ou de capital et les autres indemnités allouées par le juge serait de tenir compte du fait que l'employeur, depuis 1987[50], peut s'assurer contre les conséquences de sa faute inexcusable. Dès lors, la caisse pourrait n'intervenir que comme fonds de garantie : le salarié demeurerait sûr d'être indemnisé, mais c'est au premier chef à l'employeur – contre lequel il a au demeurant engagé un contentieux - ou à l'assureur de celui-ci qu'il s'adresserait ; or il paraît improbable qu'ils puissent lui opposer le non respect par la caisse du contradictoire, la Cour de cassation considérant que les relations entre employeurs et salariés, salariés et caisses et employeurs et caisses sont indépendantes les unes des autres.

Pour avoir une réelle portée, cette solution, qui aurait par ailleurs le mérite de circonscrire, à quelques exceptions près, le champ d'intervention des caisses d'assurance maladie au service de prestations de sécurité sociale, suppose toutefois la réunion de plusieurs conditions qui ne sont pas réunies, notamment que :

- l'employeur soit tenu de s'assurer, ce qui implique de définir les modalités de contrôle du respect de cette obligation - qui n'intéresse, au final, que la caisse puisque le salarié est sûr d'être indemnisé – ainsi que la sanction applicable lorsqu'elle n'est pas respectée ;
- les plafonds de garantie soient suffisamment élevés, ce qui impose de les fixer règlementairement alors qu'aujourd'hui, les plafonds varieraient de 300k€ à 3M€ selon les sociétés dont les primes sont fixées en fonction du chiffre d'affaire, du secteur d'activité et des mesures de prévention existantes ;
- il n'y ait pas de clause d'exclusion (maladies non prises en charge…), ou du moins qu'elles soient rares ;
- accessoirement, la couverture soit encore valable lorsque le salarié en sollicitera le bénéfice, ce qui ne va pas de soi s'agissant de maladies susceptibles de se déclarer 30 à 40 ans après l'exposition au facteur de risque.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure réduit les dépenses des branches des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général et du régime des salariés agricoles. Elle prend 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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats-membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats-membres.

[50] Article 33 – II de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite la modification du seul 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 (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Non Non

IV. Evaluation des impacts

1. **Impact financier**

La nouvelle règle selon laquelle l'employeur, dans le cadre du contentieux qui l'oppose au salarié, ne pourra s'exonérer vis-à-vis de la caisse des sommes dont il est redevable à raison de sa faute inexcusable, qui s'appliquera aux actions en reconnaissance de la faute inexcusable introduites devant les tribunaux à compter du 1er janvier 2013, devrait rapporter au moins 20 M€ par an une fois le régime de croisière atteint. Ce chiffrage est un minorant, car il ne tient pas compte des effets de la récente jurisprudence constitutionnelle et judiciaire sur le niveau à venir de l'indemnisation des victimes.

La mesure relative au recouvrement des sommes représentatives de la majoration de rente dont l'effet est estimé à + 8 M€ pour le régime général entrerait en vigueur le 1er avril 2013.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 R*	*2014*	*2015*	*2016*
Branche AT-MP du régime général		+ 8	+ 11	+ 18	+ 25
Branche AT-MP du régime des salariés agricoles		ND	ND	ND	ND

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. **Impacts économiques, sociaux et environnementaux de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impacts économiques

L'enjeu financier attaché à la faute inexcusable est de l'ordre de 73 000 €[51] par sinistre en moyenne pour 2010. Ce chiffre ne tient pas compte, en outre, de la jurisprudence constitutionnelle et judiciaire

[51] A raison de 41 327 € au titre de la majoration de capital ou de rente et de 32 215 € au titre de l'indemnisation des autres préjudices hors préjudice moral des ayants droit consécutif au décès de l'assuré (moins de 200 cas en 2010), pour lequel l'indemnité s'élève à 64 811 € en moyenne (source : CNAMTS).

qui, en augmentant le nombre de préjudices donnant lieu à indemnisation, devrait majorer le montant des dépenses afférentes à ces sinistres ; le nombre de ces sinistres pourrait en outre augmenter puisqu'au rang des préjudices indemnisables en cas de FIE figure désormais notamment le déficit fonctionnel temporaire.

Cependant, le nombre de sinistres pour lesquels une FIE est constatée est faible : 1231 par exemple en 2010. Ils concernent dans 60 % des cas des personnes dont le taux d'incapacité n'atteint pas 20 % et interviennent majoritairement dans les entreprises :

- du bâtiment et travaux publics : 37 % des cas, localisés pour 70 % dans les entreprises de moins de 20 salariés,
- et de la métallurgie : 16 % des cas, localisés surtout dans les entreprises de moins de 20 salariés (un tiers des cas) mais aussi, à l'inverse de ce qui s'observe dans les autres secteurs, dans celles d'au moins 150 salariés (un quart des cas).

b) impacts sociaux

Voir ci-dessus.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. **Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les personnes physiques

Les intérêts des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles sont pleinement préservés.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La réforme allège la charge de gestion des CPAM, des CARSAT et des caisses locales de la MSA s'agissant du recouvrement des sommes représentatives de la majoration de rente.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Voir b).

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi

Aucun

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. **Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mesure nécessite la modification de l'article R. 452-1 du code de la sécurité sociale, relatif au recouvrement des sommes représentatives de la majoration de rente et de définir par décret simple les modalités de détermination et de recouvrement des sommes représentatives de la majoration de rente. Ces deux textes seront publiés au cours du 1er semestre 2013.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Non.

3. **Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

1er avril 2013 pour le recouvrement des sommes représentatives de la majoration de rente.

4. **Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Les caisses d'assurance maladie assureront l'information des intéressés.

5. **Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L452-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L452-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Dans le cas mentionné à l'article précédent, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre.	Dans le cas mentionné à l'article précédent, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre.
Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité.	Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité.
Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale.	Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale.
En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droit puisse dépasser le montant du salaire annuel ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente en application du troisième alinéa de l'article L. 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit.	En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droit puisse dépasser le montant du salaire annuel ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente en application du troisième alinéa de l'article L. 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit.
Le salaire annuel et la majoration visée au troisième et au quatrième alinéa du présent article sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L. 434-17.	Le salaire annuel et la majoration visée au troisième et au quatrième alinéa du présent article sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L. 434-17.
La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le montant par l'imposition d'une cotisation complémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur la proposition de la caisse	La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le **capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret**.

primaire, en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la sécurité sociale compétente. La cotisation complémentaire ainsi prévue ne peut être perçue au-delà d'une certaine durée et son taux excéder ni une fraction de la cotisation normale de l'employeur, ni une fraction des salaires servant de base à cette cotisation. Dans le cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le capital correspondant aux arrérages à échoir est immédiatement exigible.	~~La cotisation complémentaire ainsi prévue ne peut être perçue au-delà d'une certaine durée et son taux excéder ni une fraction de la cotisation normale de l'employeur, ni une fraction des salaires servant de base à cette cotisation.~~ ~~Dans le cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le capital correspondant aux arrérages à échoir est immédiatement exigible.~~
	Article L. 452-3-1 nouveau **du code de la sécurité sociale**
	Quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à raison des dispositions des articles L. 452-1 à L. 452-3.
Article L452-4 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L452-4 modifié** **du code de la sécurité sociale**
A défaut d'accord amiable entre la caisse et la victime ou ses ayants droit d'une part, et l'employeur d'autre part, sur l'existence de la faute inexcusable reprochée à ce dernier, ainsi que sur le montant de la majoration et des indemnités mentionnées à l'article L. 452-3, il appartient à la juridiction de la sécurité sociale compétente, saisie par la victime ou ses ayants droit ou par la caisse primaire d'assurance maladie, d'en décider. La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement. L'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci. L'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de la faute de ceux qu'il s'est substitués dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement. Des actions de prévention appropriées sont organisées dans des conditions fixées par décret, après consultation des organisations représentatives des employeurs et des salariés. Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable d'un employeur garanti par une assurance à ce titre, la caisse d'assurance retraite et de la santé	A défaut d'accord amiable entre la caisse et la victime ou ses ayants droit d'une part, et l'employeur d'autre part, sur l'existence de la faute inexcusable reprochée à ce dernier, ainsi que sur le montant de la majoration et des indemnités mentionnées à l'article L. 452-3, il appartient à la juridiction de la sécurité sociale compétente, saisie par la victime ou ses ayants droit ou par la caisse primaire d'assurance maladie, d'en décider. La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement. L'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci. L'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de la faute de ceux qu'il s'est substitués dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement. Des actions de prévention appropriées sont organisées dans des conditions fixées par décret, après consultation des organisations représentatives des employeurs et des salariés. Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable d'un employeur garanti par une assurance à ce titre, la caisse d'assurance retraite et de la santé

au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7. Le produit en est affecté au fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le paiement des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 452-2 et, au cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le paiement du capital mentionné au même article sont garantis par privilège dans les conditions et au rang fixés par les articles L. 243-4 et L. 243-5.	au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7. Le produit en est affecté au fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. **Le paiement du capital prévu à l'article L. 452-2 est garanti par privilège dans les conditions et au rang fixés par les articles L. 243-4 et L. 243-5.**

ARTICLE 67

- EXTENSION AUX POLYPENSIONNES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ACAATA DE LA POSSIBILITÉ DE LIQUIDER L'ENSEMBLE DE LEURS PENSIONS DE RETRAITE À 60 ANS

- SUPPRESSION POUR LES ANCIENS BÉNÉFICIAIRES DE L'ACAATA DE LA POSSIBILITÉ DE CUMULER UNE PENSION D'INVALIDITÉ ET UNE PENSION DE RETRAITE.

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La loi portant réforme des retraites de 2010 a prévu le maintien de l'âge de départ à 60 ans, à titre dérogatoire, pour les assurés bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante (ACAATA) du régime général et du régime des salariés agricoles. Pour ces bénéficiaires, se substituent à l'ACAATA dès 60 ans, s'ils remplissent les conditions de durée d'assurance requises, la ou les pensions de vieillesse auxquelles ils ont droit auprès du régime général et des régimes alignés sur celui-ci pour l'âge de la retraite.

Trois difficultés subsistent cependant.

- La première concerne les assurés qui perçoivent l'ACAATA ou une prestation équivalente à raison d'une activité emportant affiliation à un régime spécial (ENIM, RATP…). En effet, en l'absence de dispositions similaires à celles précitées, les intéressés peuvent percevoir leur pension de retraite dès l'âge en vigueur dans le régime spécial (c'est-à-dire dès 60 ans voire avant), mais ils ne peuvent liquider qu'après 60 ans les pensions auxquelles ils ont éventuellement droit auprès du régime général (ou des régimes alignés sur ce dernier pour l'âge de la retraite). Ils sont donc défavorisés sur ce point par rapport aux assurés qui perçoivent leur ACAATA auprès du régime général ou de celui des salariés agricoles.

- La deuxième concerne les assurés qui perçoivent leur ACAATA auprès du régime général ou de celui des salariés agricoles, mais qui ont des droits à retraite auprès de régimes spéciaux qui ne sont pas alignés sur le régime général pour l'âge de départ en retraite, c'est-à-dire tous les régimes spéciaux hors ceux des trois fonctions publiques et des ouvriers de l'Etat. En effet, les dispositions du dernier alinéa de l'article 41 – II de la LFSS 1999 qui prévoient la liquidation de l'ensemble des droits à retraite dès 60 ans, dans leur rédaction actuelle, ne renvoient qu'à l'article L.161-17-2 du code de la sécurité sociale ; or celui-ci ne couvre pas tous les régimes spéciaux mais seulement ceux alignés sur le régime général pour l'âge de départ en retraite. Lorsque l'âge de départ en retraite dans ces régimes non alignés augmentera, leurs assurés ne pourront donc plus liquider simultanément tous leurs droits à retraite.

- La troisième concerne les assurés percevant simultanément, du régime général ou de celui des salariés agricoles, l'ACAATA et une pension d'invalidité. En effet, les dispositions de l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale en application desquelles la pension de retraite se substitue à la pension d'invalidité prévoient que cette substitution intervient à partir de l'âge légal de départ en retraite, qui est désormais supérieur à 60 ans. Les bénéficiaires de l'ACAATA peuvent donc prétendre au cumul, entre 60 et 62 ans, de leurs pensions de retraite et d'invalidité, au contraire par exemple des assurés partis en retraite anticipée à raison d'une carrière longue, pour lesquels des dispositions ont été prises pour éviter ce cumul [52].

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

[52] Article 67 – III de la LFSS pour 2010.

1) Situation au regard de la retraite des polypensionnés bénéficiaires d'une prestation équivalente à l'ACAATA versée par un régime spécial

Il est proposé de compléter l'article 41 de la LFSS pour 1999 afin de préciser que les bénéficiaires d'une allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante (ACAATA) ou d'une prestation ayant le même objet que celle existant pour les ressortissants du régime général et du régime des salariés agricoles peuvent liquider, s'ils ont la durée d'assurance requise, l'ensemble de leurs pensions de vieillesse à partir de 60 ans[53], quel que soit le dispositif en vertu duquel est servie l'ACAATA. Compte tenu du faible nombre de personnes concernées (voir IV, 1°), les dépenses supplémentaires générées par cette mesure pour les régimes de retraite en cause resteraient à leur charge.

2) Situation au regard de la retraite des ressortissants des régimes spéciaux bénéficiaires d'une ACAATA versée par le régime général et agricole

Pour régler la situation, au regard des régimes spéciaux autres que ceux de la fonction publique, des ouvriers de l'Etat, des ressortissants de ces régimes qui bénéficient de l'ACAATA à raison de leur qualité d'assuré du régime général ou de celui des salariés agricoles, il est proposé de modifier l'article 41 précité pour leur étendre l'application des dispositions du troisième alinéa de son II et leur permettre de liquider également leurs autres pensions de retraite à 60 ans.

3) Suppression du cumul entre pension d'invalidité et retraite anticipée des travailleurs de l'amiante : modification de l'article L. 341-14-1 CSS.

Il est proposé de modifier l'article L. 341-14-1 CSS, en ajoutant la retraite anticipée des anciens bénéficiaires de l'ACAATA aux autres retraites anticipées : la modification permettrait de suspendre la pension d'invalidité dès lors que l'ancien allocataire bénéficie d'une pension de retraite et d'éviter ainsi une situation de cumul contraire à la règle générale de substitution entre pension d'invalidité et pension de vieillesse.

Autres options possibles :

Sans objet au vu des objectifs poursuivis.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La première et la deuxième des trois mesures proposées affectent les dépenses des régimes de retraite de base (à compter de 2013 pour la première et de 2017 pour la seconde). La troisième permet une économie pour les branches maladie du régime général et du régime des exploitants agricoles.

Elles prennent ainsi place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

[53] Etant rappelé qu'avant 60 ans, la pension du régime spécial demeurera cumulable avec l'ACAATA, dans la limite du montant de cette dernière qui se comporte alors comme une allocation différentielle (article 41 – I, avant-dernier alinéa, de la LFSS pour 1999).

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Les mesures 1 et 2 ne feront pas l'objet d'une codification, les modifications portant sur l'article 41 de la LFSS pour 1999. La mesure 3 modifiera l'article L.341-14-1 du CSS.

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, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013***	***2014***	***2015***	***2016***
Régime général et régimes alignés sur celui-ci pour l'âge de la retraite		- 1	- 1	- 2	- 3
Régime spéciaux		-	-	-	-
Assurance maladie du régime général		Economie non significative (mesure d'équité)			
Assurance maladie du régime des salariés agricoles					

Chiffrage DSS/6C

Le coût de la première mesure est évalué à 1 M€ en 2013 et 2014, 2 M€ en 2015, 3 M€ en 2016, et 4 M€ en 2017, année correspondant à la fin de la montée en charge du dispositif. Ce chiffrage a été réalisé en se basant sur l'hypothèse d'un effectif concerné de 500 allocataires. Un taux de polypensionnés estimé (source DREES) a été appliqué à ces effectifs. Par ailleurs, ce chiffrage repose sur l'hypothèse conventionnelle suivante : les polypensionnés ont réalisé la moitié de leur carrière au RG avant d'être affiliés au régime spécial et ont droit à des pensions de retraite (y compris complémentaires) proches du niveau de l'allocation servie (entre 1 800 € et 3 000 € mensuels selon le régime spécial).

La deuxième mesure ne générera de dépenses pour les régimes concernés qu'à compter de 2017 : c'est l'année à partir de laquelle l'âge de départ en retraite augmentera dans les régimes spéciaux

pour lesquels l'âge de la retraite ne relève pas de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale. La dépense supplémentaire devrait être du même ordre de grandeur que pour la première mesure.

La troisième mesure permettra une économie pour l'assurance maladie du régime général dès 2013[54].

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Aucun.

b) impacts sociaux

Les mesures 1 et 2 éviteront aux assurés concernés de subir une rupture de ressources à compter de l'âge de 60 ans.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Les mesures seront gérées par les organismes en charge du service de l'ACAATA, les caisses de retraite, les CPAM et les caisses locales de la MSA.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Non significatif.

d) impact budgétaire

Les mesures seront gérées avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

Les mesures seront gérées avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un arrêté définira la liste des allocations de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante concernés.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Non.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des intéressés sera assurée par les organismes en charge du service de l'ACAATA.

5. Suivi de la mise en œuvre

[54] La mesure ne devrait avoir qu'un impact négligeable pour le régime des salariés agricoles, le nombre de salariés agricoles bénéficiaires de l'ACAATA étant très faible (12 assurés en 2011).

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Mesures 1 et 2	
Article 41 actuel **de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999**	**Article 41 modifié** **de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999**
[…] II.-Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. Il est revalorisé comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail. L'allocation est attribuée et servie par les caisses régionales d'assurance maladie. Pour les personnes reconnues atteintes, au titre du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles, d'une maladie professionnelle, l'allocation est attribuée et servie par les caisses de mutualité sociale agricole. L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions de durée d'assurance requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein, à condition qu'il soit âgé d'au moins soixante ans. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, elle est alors remplacée par la ou les pensions de vieillesse auxquelles l'intéressé peut prétendre. Pour l'appréciation du taux plein, les conditions de durée d'assurance sont réputées remplies au plus tard à l'âge de soixante-cinq ans.	[…] II.-Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. Il est revalorisé comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail. L'allocation est attribuée et servie par les caisses régionales d'assurance maladie. Pour les personnes reconnues atteintes, au titre du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles, d'une maladie professionnelle, l'allocation est attribuée et servie par les caisses de mutualité sociale agricole. L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions de durée d'assurance requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein, à condition qu'il soit âgé d'au moins soixante ans. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, elle est alors remplacée par la ou les pensions de vieillesse auxquelles l'intéressé peut prétendre. Pour l'appréciation du taux plein, les conditions de durée d'assurance sont réputées remplies au plus tard à l'âge de soixante-cinq ans. **Les dispositions de la deuxième et de la troisième phrase de l'alinéa précédent sont applicables aux bénéficiaires et anciens bénéficiaires d'une allocation ayant un objet analogue à celle prévue par le présent article et servie à raison de l'exercice d'une activité professionnelle emportant affiliation à un régime mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux bénéficiaires de pensions de vieillesse**

III.- Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Il finance également par un versement aux régimes obligatoires de retraite de base concernés les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite prévus au dernier alinéa du II du présent article avant l'âge fixé par l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et par ceux à l'âge de soixante-cinq ans au lieu de l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 du même code. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture. […]	**servies par l'un de ces régimes.** III.- Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Il finance également par un versement aux régimes obligatoires de retraite de base concernés les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite prévus **au troisième alinéa du II** du présent article avant l'âge fixé par l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et par ceux à l'âge de soixante-cinq ans au lieu de l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 du même code. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture. […]
Mesure 3	
Article L341-14-1 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L341-14-1 modifié** **du code de la sécurité sociale**
Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4, L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 du présent code, ou des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2 ou L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime. En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 322-3 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code. »	Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4, L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 du présent code, ~~ou~~ **des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999**. En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 322-3 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code. »

ARTICLE 68

VERSEMENT DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL/ MALADIES PROFESSIONNELLES À LA BRANCHE MALADIE DU REGIME GENERAL

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'article L.176-1 du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit qu'il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), au profit de la branche maladie, maternité invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV du code de la sécurité sociale.

En d'autres termes, ce versement permet de compenser la prise en charge par la branche maladie des AT-MP sous-déclarés qui auraient dû être pris en charge par la branche AT-MP.

L'article L.176-2 du même code précise que le montant de ce versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission présidée par un magistrat de la Cour des Comptes remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet de l'année considérée un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP.

A partir de 1997, six commissions se sont attachées à l'estimation du versement annuel : celle présidée par M. DENIEL en 1997, celles présidées par Mme LEVY ROSENWALD en 1999 et 2002 et celles présidées par M. Noël DIRICQ, conseiller-maître à la Cour des Comptes, en 2005, 2008 et 2011. Ces commissions ont rendu des avis qui ont été suivis par le Parlement.

Le tableau ci-dessous retrace les montants reversés par la branche AT-MP depuis 1997 :

Objet	Année	Montant (M€)
Maladies professionnelles	1997	137,20
Maladies professionnelles	1998	138,71
Maladies professionnelles	1999	140,38
Maladies professionnelles	2000	141,02
Maladies professionnelles	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
Maladies professionnelles + accidents du travail	2003 à 2006	330,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2007 et 2008	410,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2009 à 2011	710,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2012	790,00

Le rapport de la dernière commission de 2011 dresse pour commencer un bilan globalement positif des suites données aux préconisations de la commission précédente de 2008, en raison notamment de la mobilisation des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et de la CNAMTS en matière de santé au travail. Ce bilan est cependant inégal et certains sujets de préoccupation demeurent : peu de progrès ont été accomplis dans la formation des médecins à l'égard des pathologies professionnelles ; la

commission n'a eu à connaître d'aucune amélioration substantielle dans les pratiques de signalement par les hôpitaux ; enfin, malgré les efforts déployés, la lenteur du travail d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles persiste.

Les comparaisons avec plusieurs pays européens montrent que la France se distingue par le nombre de reconnaissances des maladies professionnelles, essentiellement sous l'effet des reconnaissances des troubles musculo-squelettiques (TMS). Les explications des disparités entre pays s'avèrent complexes, engageant les fondements mêmes des systèmes autant que les pratiques des autorités impliquées.

Le rapport revient par ailleurs sur les causes multiples de la sous-déclaration qui restent toujours les mêmes : méconnaissance par la victime de ses droits ou de l'origine professionnelle de son affection, appréhensions du salarié au regard de l'emploi, de la complexité de la procédure ou du caractère forfaitaire de la prise en charge, pressions de certains employeurs sur les salariés afin d'éviter la déclaration, 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.

Enfin, le rapport évalue le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général dans la fourchette de 587 à 1 110 M€ soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui de 2008 (564 à 1 015 M€).

La méthodologie générale retenue par la commission a consisté à évaluer un nombre de sinistres sous-déclarés et le coût moyen attaché à ces accidents et maladies. Elle a ainsi rapproché, pour les principales pathologies identifiées, les diverses sources et études épidémiologiques existantes des statistiques des sinistres indemnisés par la branche AT-MP.

Deux éléments techniques ont contribué à la relative proximité avec la précédente estimation de l'estimation 2011 du coût de la sous-déclaration des maladies professionnelles.

D'une part, le périmètre du chiffrage est resté presque identique à celui de 2008, couvrant les cancers d'origine professionnelle (cancers liés à l'amiante, au benzène, au goudron, au bois…), les TMS, les dermatoses allergiques et irritatives, l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et les accidents du travail. Seule la surdité d'origine professionnelle est venue élargir ce champ, faute de données épidémiologiques assez solides pour aborder d'autres nouvelles pathologies, mais elle ne représente qu'un faible coût pour la branche maladie.

D'autre part, le coût de la sous-déclaration sur le poste le plus important, à savoir les cancers d'origine professionnelle, a été approché par une actualisation de celui de 2008, faute de données épidémiologiques nouvelles. Plusieurs méthodes d'évaluation des coûts moyens des cancers ont été testées par la commission qui a décidé, dans la mesure où aucune méthode ne l'emportait sur une autre et dans un souci de continuité, d'utiliser à nouveau les coûts moyens des cancers calculés par l'INCA.

A l'inverse, d'autres facteurs ont joué, bien que dans une moindre mesure, dans le sens d'une modification des chiffres de 2008. Le plus intéressant concerne les TMS, pour lesquels la commission a pu conclure à une diminution du taux de non déclaration, qui se déduit nécessairement de la forte croissance des déclarations due à l'impact des campagnes publiques d'information. Par ailleurs, des évolutions ont été notées concernant les dermatoses (augmentation des cas incidents, diminution des reconnaissances, augmentation des coûts moyens) et les asthmes (diminution des coûts moyens en IJ).

Le rapport formule enfin un certain nombre de préconisations visant, pour l'avenir, à limiter le phénomène de sous-déclaration, et dont l'essentiel porte sur l'amélioration de la formation des médecins et l'aide aux victimes tout au long de la procédure de déclaration. Elles concernent également le contrôle du respect par les entreprises de la réglementation, la prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT-MP, l'accélération du rythme d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles et l'amélioration de la collecte de l'information sur les AT-MP.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

Compte tenu de ces éléments, il est proposé de maintenir le montant du versement au même niveau qu'en 2012, soit 790 M€.

Autres options possibles :

Pas d'autre option possible : la combinaison des dispositions des articles L. 176-1 et L.176-2 du CSS impose un transfert annuel de la branche AT-MP vers la branche de l'assurance maladie, transfert dont il revient au Parlement de fixer le montant. La seule marge de manœuvre concerne le montant de ce transfert.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

L'article L.176-2 du CSS précise que le montant de la contribution versée par la branche AT-MP à la branche maladie est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge de la branche AT-MP du régime général trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats-membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Le versement est codifié, dans son principe, par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale. Codifier son montant, chaque année, ne présente pas d'intérêt.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le régime général de la sécurité sociale seul concerné par la mesure couvre quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), Saint-Martin et Saint –Barthelemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Aucune évolution par rapport à 2012 (790 M€)

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
Branche AT-MP		0			
Branche maladie		0			

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Non.

b) impacts sociaux

Non.

c) impacts sur l'environnement

Non.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Sans objet s'agissant d'un simple transfert financier entre branches du régime général.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aucun.

d) impact budgétaire

Aucun.

e) impact sur l'emploi

Aucun.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Non.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus (qualité de service, efficacité économique, efficience) ?

Sans objet.

ARTICLE 69 – I

DOTATION FIVA

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la LFSS pour 2001, est financé par une contribution de la branche AT-MP et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT-MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

De sa création à 2011, le FIVA a été doté de 3,437 Md€ dont 3,023 Md€ provenant de la branche AT-MP. Pour 2012, la contribution de celle-ci a été fixée à 315 M€, retrouvant ainsi le niveau des contributions fixées de 2006 à 2010 (la contribution pour 2011 a été exceptionnellement fixée à 340 M€ compte tenu de la modification, à compter de cette même année, des règles de prescription applicables aux victimes de l'amiante et à leurs ayants droit).

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

Au 31 décembre 2012, le montant total des dépenses devrait s'établir à 450 M€, dont 441 M€ au titre des indemnisations provisions incluses, le résultat de l'exercice à -8 M€ et le résultat cumulé à fin 2012 serait égal à 337 M€.

Le total des dépenses pour 2013 est évalué à 390 M€. Compte tenu du résultat cumulé fin 2012 estimé à 337 M€, une dotation de la branche AT-MP de 115 M€ apparaît suffisante pour couvrir les dépenses de l'exercice. En effet, compte tenu de cette dotation, le résultat cumulé fin 2013 s'établirait encore à 142 M€. Le compte prévisionnel du Fonds est présenté à l'annexe 8 du présent projet de loi.

Autres options possibles :

Compte tenu de l'importance de son résultat net cumulé, la dotation pourrait être encore inférieure mais le ressaut de dotation en PLFSS 2014 serait alors plus important.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit que le FIVA est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 115 M€, 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.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

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 communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

S'agissant de fixer une dotation annuelle, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le FIVA intervient dans les départements d'outre-mer hors Mayotte et à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il n'intervient pas dans les autres collectivités d'outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Par convention, l'impact financier pour la branche AT-MP correspond à l'écart entre la dotation votée pour l'année 2012 (et qui est reprise à l'identique dans les comptes tendanciels 2013 de la branche), et la dotation prévue par la loi de financement pour l'exercice 2013. Compte tenu de la mobilisation des réserves du fonds prévue pour l'année à venir, le projet de loi conduit à améliorer, toutes choses égales par ailleurs, de 200 M€ les comptes de la branche.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
Branche AT-MP du RG		+ 200			

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

La mesure permet de poursuivre la mise en œuvre du processus d'indemnisation des personnes concernées.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Sans objet.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Sans objet.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application immédiate.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience Accidents du travail-Maladies professionnelles.

Les données relatives au FIVA font partie des données de cadrage du PQE (indicateur n° 9 Part des contributions de la branche AT- MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante).

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

ARTICLE 69 – II

DOTATION FCAATA

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été créé par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il s'adresse aux salariés du régime général ou du régime agricole atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante et aux salariés du régime général ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flocage ou de calorifugeage à l'amiante, dans certains établissements de construction et de réparation navale et dans certains ports, sous réserve que ces établissements ou ports figurent sur une liste déterminée par arrêté.

Il est financé, essentiellement, par une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que par une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac et une contribution du régime agricole.

Au 31 juillet 2012, 27 185 personnes bénéficiaient du dispositif.

Le Fonds est revenu à l'équilibre en 2010 avec un solde excédentaire positif de 9 M€ et de 51 M€ en 2011. On observe en effet, depuis 2009, une diminution des dépenses (- 0,2 % en 2009 et - 2,9 % en 2010 et 2011) traduisant la fin de la montée en charge du dispositif, les sorties d'allocataires dépassant, depuis 2008, le nombre d'entrées. Cette baisse se poursuivrait en 2012 à - 2,6 %, puisque les dépenses passeraient de 874 M€ en 2011 à 851 M€ prévus. Les recettes restent stables (924 M€ en 2011 à 925 M€ prévus en 2012) en raison notamment du maintien à 34 M€, comme en 2011, des droits sur la consommation des tabacs et du maintien de la contribution du régime général à 890 M€. Le déficit cumulé depuis 2000 continue de diminuer en 2012 mais reste élevé, à 151 M€ au lieu de 225 M€ en 2011.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée : compte tenu des autres ressources dont dispose le Fonds (34 M€ de droits sur les tabacs estimés pour 2012 et près de 0,6 M€ de contribution de la MSA estimés pour 2012), il est proposé de fixer la dotation au FCAATA à 890 M€ pour l'année 2013, comme en 2012.

En effet, le choix qui a été fait jusqu'ici, alors même que les charges de prestations du FCAATA diminuent (929 M€ en 2008, 926 M€ en 2009, 900 M€ en 2010, 874 M€ en 2011, prévisions de 851 M€ pour 2012 et 821 M€ pour 2013), est de maintenir la contribution AT-MP à un niveau identique ou supérieur à celui des années précédentes (850 M€ pour 2008, 880 M€ pour 2009 et 2010, 890 M€ pour 2011 et 2012), afin d'apurer à terme la dette du Fonds de 230 M€ pour 2011 envers la CNAMTS correspondant aux avances faites par cette dernière afin d'assurer les prestations du Fonds, tout en gardant une marge de sécurité en cas de hausse imprévue du nombre d'allocataires. Par ailleurs, il doit être tenu compte de la dépense supplémentaire correspondant à la prise en charge du coût, pour la CNAV, du maintien à 60 ans du départ en retraite des bénéficiaires de l'ACAATA : 6 M€ en 2011, 24 M€ en 2012 et 36 M€ prévus pour 2013.

Autres options possibles : aucune au vu de l'objectif poursuivi.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 prévoit que le FCAATA est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, 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 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats-membres

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Non, s'agissant de fixer une dotation annuelle.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le FCAATA intervient dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Il n'intervient pas dans les autres collectivités d'outre-mer.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	
- Saint-Pierre et Miquelon	Non
- Saint-Martin et Saint Barthélémy	Oui
- autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Par convention, l'impact financier pour la branche AT-MP correspond à l'écart entre la dotation votée pour l'année 2012 (et qui est reprise à l'identique dans les comptes tendanciels 2013 de la branche),

et la dotation prévue par la loi de financement pour l'exercice 2013. Dans ces conditions, l'impact financier est nul puisque le montant de la dotation est inchangé entre 2012 et 2013, à 890 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P***	***2014***	***2015***	***2016***
Branche AT-MP		0			

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

La mesure permet le paiement de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante à ses bénéficiaires.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Aucun.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aucun.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Cette mesure est d'application immédiate.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience Accidents du travail-Maladies professionnelles. Les données relatives au FCAATA font partie des données de cadrage du PQE (indicateur n°9 *Part des contributions de la branche AT- MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante*).

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet.

ARTICLE 71

AMELIORER L'AIDE A LA GARDE D'ENFANTS (complément de libre choix du mode de garde - CMG) POUR INTRODUIRE DAVANTAGE D'EGALITE ENTRE LES FAMILLES

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Un diagnostic établi par la CAF de l'Essonne dans le cadre de l'accompagnement des familles vulnérables, et plus particulièrement des familles monoparentales bénéficiaires du RSA majoré, a permis d'établir que, dans plusieurs quartiers de ce département, la population se caractérise par une grande précarité socio-économique, un fort besoin de garde d'enfants à des horaires atypiques ou de courte durée et, paradoxalement, un taux de chômage important des assistants maternels agréés.

Or, les familles les plus modestes, ou en voie d'insertion professionnelle, sont dissuadées de recourir à un mode de garde individuel, trop onéreux (d'autant que les horaires de garde de ces familles sont souvent spécifiques), ce qui souvent remet en question leur insertion sur le marché de l'emploi ou leur projet d'insertion professionnelle.

Ce constat rejoint les données du programme de qualité et d'efficience (PQE) relatif à la branche famille. En particulier, l'indicateur 3-4 montre que l'effort financier des parents les plus modestes est deux fois plus élevé lorsqu'ils ont recours à un mode d'accueil individuel plutôt que collectif, tandis que pour les familles à revenu moyen ou élevé, la différence de coût entre le recours à un assistant maternel et la garde en établissement collectif est très faible. En pratique (DREES, 2009), il semble que peu de familles modestes aient recours à un assistant maternel, alors que c'est le mode de garde qui peut le mieux répondre à leurs besoins d'accueil (horaires décalés notamment).

Par ailleurs, des assistants maternels expliquent avoir été confrontés à des accidents de paiement à l'occasion de l'accueil d'enfants issus de foyers bénéficiaires du RSA. Ils indiquent que le versement du CMG en tiers payant permettrait de sécuriser leur revenu et renforcerait l'attractivité de leur profession.

Pour lever ces difficultés, il est souhaité, à titre expérimental, déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale en versant directement à l'assistant maternel l'aide à la garde d'enfants.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

L'aide à la garde d'enfants (le complément de libre choix du mode de garde - CMG) est versée, sans condition de ressources, aux familles qui font garder leur(s) enfant(s) de moins de 6 ans par un assistant maternel ou une garde à domicile.

Elle consiste en :

a) Une prise en charge des cotisations et contributions sociales dues par le parent employeur (à hauteur de 100 % pour l'emploi d'un assistant maternel – sous réserve que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un plafond de 5 SMIC par jour – et de 50 % pour l'emploi d'une garde à domicile) ;

b) Une prise en charge maximale de 85 % de la rémunération nette du salarié, dans la limite d'un montant maximal variable selon les ressources et la composition du foyer.

<u>Mesure proposée :</u> C'est la prise en charge exposée au b) ci-dessus qu'il est proposé, à titre expérimental, de verser directement à l'assistant maternel, afin de dispenser les familles les plus modestes de faire une avance de frais conséquente.

<u>Autres options possibles</u> :

Sans objet.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure, qui a un impact sur les dépenses de la branche famille (de 6 à 12 M€), prend 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 L.0.111-3 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la compétence des Etats-membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Sans objet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Oui.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui, sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

D'après le diagnostic réalisé par la CAF de l'Essonne, entre 0,5 % et 1 % des bénéficiaires du RSA socle du département (soit 22 475 personnes) qui ne bénéficiaient pas préalablement d'un mode

d'accueil financé par le CMG, pourrait être ciblé par cette expérimentation. Au niveau du département de l'Essonne, entre 112 et 225 personnes pourraient donc être concernées.

La CNAF fait l'hypothèse que 10 CAF pourraient se porter volontaires pour réaliser cette expérimentation, ce qui, par extrapolation, porterait le nombre de bénéficiaires de l'expérimentation à un total compris entre 1 124 et 2 248. Compte tenu de leurs ressources, ces personnes recevraient le CMG à son montant maximal, soit 452,75 € par mois (ou 4 980,25 € par an, si l'on suppose qu'elles feront garder leurs enfants 11 mois par an). La mesure va permettre à de nouvelles familles qui jusqu'à présent ne faisaient pas garder leurs enfants, d'accéder au CMG. Le coût, en termes de versement de CMG supplémentaire, serait donc compris entre 5,6 M€ et 11,2 M€. De plus, ces personnes pourraient bénéficier d'un forfait d'un montant maximal de 40 € par mois (soit 440 € sur 11 mois de garde), ce qui se traduirait par un coût compris entre 494 600 € et 989 100 € par an.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014*	*2015*	*2016*
Branche famille		[-6 ;-12]	[-6 ;-12]		

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

En facilitant l'accès à un mode d'accueil pour leurs enfants, cette mesure permettra un retour à l'emploi ou à la formation des parents concernés, de même qu'un retour à l'emploi d'assistants maternels précédemment inactifs ou en situation de sous-activité.

b) impacts sociaux

Meilleure insertion sociale et professionnelle de familles modestes, parfois monoparentales.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Oui, pour les parents de jeunes enfants et les assistants maternels volontaires pour participer à l'expérimentation.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Pour les caisses de sécurité sociale participant à l'expérimentation (CAF, éventuellement CMSA), cela supposera la mise en place d'une organisation et de circuits de gestion alliant prestation légale et action sociale. Cette organisation, conforme aux engagements pris dans le cadre contractuel des conventions d'objectifs et de gestion, ne devrait pas soulever de difficultés particulières.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aménagement des systèmes d'information des caisses.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un arrêté du ministre en charge de la famille fixera la liste des organismes débiteurs des prestations familiales participant à l'expérimentation.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Les délais sont essentiellement liés à l'importance des partenariats publics (CAF, collectivités territoriales, services de protection maternelle et infantile, relais d'assistants maternels) sous-tendant cette expérimentation et garants du succès de l'expérimentation.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes débiteurs des prestations familiales informeront les personnes potentiellement intéressées par l'expérimentation.

5. Mise en œuvre de la mesure

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?.

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Des indicateurs permettant d'évaluer l'expérimentation sont prévus et seront définis avec les partenaires nationaux et locaux.

ARTICLE 73

FIXATION DU MONTANT PRIS EN CHARGE PAR LE FONDS DE SOLIDARITE 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'inaptitude (à 60 ans pour la génération 1950), mais dont les salaires reportés au compte sont faibles.

Le minimum contributif est en outre majoré, en vertu de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009, pour les assurés totalisant au moins 120 trimestres effectivement cotisés.

Ce dispositif constitue 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.* ».

Au titre de l'exercice 2012, le régime général a bénéficié 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, ces montants correspondent à un peu plus de la moitié de la dépense totale des régimes.

En application de l'article L. 135-2 précité, il revient au législateur de fixer dans la LFSS pour 2013 la contribution du FSV au financement du minimum contributif pour l'année 2013.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

Il est proposé de maintenir à un total de 3,9 Md€ pour l'exercice 2013 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.

La question du partage de l'effort de financement entre le Fonds et les régimes mérite en effet d'être traitée dans la perspective plus large du réexamen du champ des dépenses ne relevant pas d'une logique contributive et devant ainsi être prises en charge par la solidarité nationale. La concertation prévue avec les partenaires sociaux en 2013 sur le système de retraites permettra d'étudier les voies pertinentes de rationalisation.

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 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 d'apporter des réponses. Ainsi qu'évoqué plus haut, la

majoration des dépenses à la charge du Fonds doit être précédée d'une réflexion plus globale qui permettra de clarifier le champ des dépenses relevant de la solidarité nationale puis d'assurer l'adéquation entre celles-ci et les ressources affectées au Fonds.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prescrit que le montant du transfert du FSV vers les régimes au titre du minimum contributif est fixé en loi de financement de la sécurité sociale.

La mesure prend place dans la 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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats-membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats-membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen en vigueur.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure est annuelle et donc non codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Le FSV finance des régimes de retraite intervenant dans quatre DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion) à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les charges du FSV au titre du minimum contributif s'élèveront à 3,9 Md€, dont 3,4 Md€ au bénéfice de la CNAV, 0,4 Md€ au bénéfice du régime des salariés agricoles et 0,1 Md€ au bénéfice du régime des indépendants.

Par convention, l'impact financier présenté dans le tableau ci-dessous fait apparaître l'écart entre le montant de la contribution 2012 (3,9 Md€) et celui proposé pour 2013 (3,9 Md€). L'option proposée est donc sans impact financier pour les régimes comme pour le fonds par rapport à leurs comptes tendanciels.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 P*	*2014*	*2015*	*2016*
FSV Régimes de vieillesse de base Concernés		0 0			

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact économiques

Aucun, la mesure consistant seulement à fixer la répartition du financement du minimum contributif entre les régimes et le FSV et n'ayant donc aucun effet sur les droits des assurés.

b) impacts sociaux

Aucun, la mesure consistant seulement à fixer la répartition du financement du minimum contributif entre les régimes et le FSV et n'ayant donc aucun effet sur les droits des assurés.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Aucun.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Aucun.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aucun.

d) impact budgétaire

Aucun.

e) impact sur l'emploi

Aucun.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure législative de transfert du financement est directement applicable pour 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Non

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Il n'y a pas à prévoir de dispositif d'information en direction des assurés, la mesure n'ayant aucune incidence sur eux.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non.

ARTICLE 75

ELARGISSEMENT ET MAJORATION DES REDRESSEMENTS DE COTISATIONS SOCIALES EN CAS DE FRAUDE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Si plusieurs dispositions législatives ont été adoptées lors des dernières lois de financement de la sécurité sociale, l'arsenal juridique en matière de lutte contre la fraude aux cotisations est aujourd'hui paradoxalement moins étoffé que celui propre à la lutte contre les fraudes aux prestations, alors que les enjeux financiers apparaissent singulièrement plus élevés. Le rapport d'information de la MECSS de l'Assemblée Nationale sur la fraude sociale du 29 juin 2011 rappelle ainsi que la Cour des Comptes a évalué en 2010 la fraude aux prestations pour le régime général à hauteur de 2 à 3 milliards d'euros par an, alors que la fraude aux cotisations a été estimée par l'ACOSS en 2009 dans une fourchette comprise entre 13,5 et 15,8 Md€.

Ainsi, le dispositif de sanctions et de majorations ne couvre pas aujourd'hui l'ensemble du périmètre de la fraude aux cotisations. Une entreprise qui maintient intentionnellement des pratiques non conformes à la législation de sécurité sociale, n'encourt pas de sanctions ou de majorations particulières, hors la non remise des majorations de retard, alors que de telles dispositions existent dans le livre des procédures fiscales. Dans la pratique, cette absence de sanction apparaît très préjudiciable, certains employeurs préférant maintenir des pratiques irrégulières, et d'ailleurs parfois provisionner le coût du redressement afférent dans la perspective d'un prochain contrôle de l'organisme de recouvrement, plutôt que d'assumer la gestion en interne d'une mise en conformité de leurs pratiques déclaratives.

En outre, la majoration des cotisations dues suite à un constat de travail dissimulé apparaît limitée et manque de lisibilité. En effet, les textes, en l'occurrence l'article R. 243-18 du code de la sécurité sociale (CSS), prévoient que la majoration de retard initiale est seulement doublée en cas de constat de travail dissimulé (elle passe de 5 à 10 %). Sans remettre en cause la nature délictuelle du travail dissimulé, qui relève des tribunaux répressifs, il est opportun de créer une sanction administrative majorant significativement le montant des redressements en cas de travail dissimulé.

Enfin, les possibilités d'exploitation par les organismes de recouvrement des procès-verbaux de travail dissimulé transmis par les agents de contrôle partenaires (inspecteurs et contrôleurs du travail, officiers de police judiciaire, agents des impôts et des douanes) sont trop restrictives. En effet, sauf à engager une nouvelle procédure de contrôle sur place, il n'est pour l'heure pas possible de chiffrer le redressement que sur une base forfaitaire (de l'ordre de 3 500 à 4 000 € par salarié en situation de travail dissimulé), alors qu'il serait parfois envisageable de procéder au chiffrage de redressements au réel, sur la base des informations transmises, dès lors que celles-ci contiennent suffisamment de précisions sur la période d'emploi et le montant des rémunérations versées au salarié en situation de travail dissimulé.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

- *Majoration du redressement de cotisations dus par l'employeur en cas de réitération d'une pratique non conforme à la législation*

Il est proposé d'élargir la notion de fraudes aux cotisations, en y intégrant la réitération de pratiques non conformes à la législation de sécurité sociale. L'employeur faisant l'objet d'un contrôle au sens de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale aurait ainsi à payer une majoration supplémentaire, dès lors que l'agent de contrôle constaterait une absence de mise en conformité caractérisée par la non prise en compte des observations notifiées lors du précédent contrôle. Il est proposé de calculer la majoration consécutive au constat de l'absence de mise en conformité sur l'ensemble des montants

redressés. Cette majoration ne pourra s'appliquer qu'à condition que la répétition à l'identique d'une pratique non conforme à la législation ne soit pas liée à une évolution de la réglementation applicable, et que l'application de cette majoration soit mentionnée dans la lettre d'observations adressée au cotisant à la fin du contrôle, de manière à respecter le principe du contradictoire.

Il est proposé de fixer cette majoration à hauteur de 10% du montant des redressements calculés à l'issue du contrôle ayant fait le constat de cette fraude avérée aux cotisations.

- *Majoration des redressements dus par l'employeur en cas de constat d'un travail dissimulé*

Il est proposé d'instaurer une majoration des redressements de cotisations dues par l'employeur dès lors que le délit de travail dissimulé, tel que défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, est constaté dans un procès-verbal transmis aux fins de poursuite pénale au Procureur de la République, que le procès-verbal ait été dressé par l'agent de contrôle de l'organisme de recouvrement ou qu'il émane d'un autre agent de contrôle habilité mentionné à l'article L. 8271-1-2 du code du travail (notamment inspecteurs et contrôleurs du travail, officiers de police judiciaire, agents des impôts et des douanes).

Cette majoration est notifiée indépendamment de l'engagement ou non de poursuites pénales par le Procureur de la République dès lors que les faits délictueux ont été constatés. Elle est calculée en pourcentage du montant des cotisations éludées par l'employeur ou le travailleur indépendant en infraction.

Il est proposé de fixer cette majoration à hauteur de 25 % du montant des cotisations sociales éludées du fait de l'exercice d'un travail dissimulé. Ce taux apparaît justement proportionné en ce sens qu'il apparaît d'un niveau suffisamment dissuasif, sans pour autant trop obérer les perspectives de recouvrement, dans le contexte où plus d'une entreprise redressée pour travail dissimulé sur deux disparaît dans les deux ans suite à un dépôt de bilan ou une mise en liquidation judiciaire.

- *Elargissement des modalités d'exploitation des procès-verbaux de travail dissimulé*

Il est proposé que dans le cadre de l'exploitation des procès-verbaux de travail dissimulé transmis par les corps de contrôle habilités, toutes les modalités de redressement des cotisations éludées (redressement au réel, redressement forfaitaire, taxation forfaitaire), et donc plus uniquement le seul redressement forfaitaire, puissent être mises en œuvre de manière adaptée en fonction de la nature du dossier et des informations recueillies lors du contrôle effectué par le partenaire.

Cette mesure présente également l'avantage de mieux garantir les droits des salariés victimes, car les conditions de validation des droits au titre de l'assurance vieillesse sont plus difficiles à réunir en cas de redressement forfaitaire qu'en cas de redressement au réel.

Autres options possibles :

Aucune.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure s'inscrit dans le cadre du renforcement des actions de lutte contre la fraude. Elle prend place à ce titre dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

Elle aura un impact croissant sur les recettes des régimes obligatoires de sécurité sociale à partir du 1er janvier 2014 (cf. ci-dessous), puisqu'elle contribue à accroître le montant des majorations calculées sur les redressements de cotisations et contributions sociales, dès lors qu'une fraude a été constatée.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen en vigueur et avec la jurisprudence de la CJUE et de la CEDH.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Il semble logique de codifier ces dispositions au sein de la section IV du chapitre III du titre IV du livre deuxième du code de la sécurité sociale, relative au contrôle des cotisants. Il est ainsi proposé de créer trois nouveaux articles :

- l'article L. 243-7-5 permettra d'élargir les modalités d'exploitation des procès-verbaux de travail dissimulé transmis aux organismes de recouvrement ;

- l'article L. 243-7-6 portera sur la majoration du redressement de cotisations dues par l'employeur en cas de réitération d'une pratique non conforme à la législation ;

- l'article L. 243-7-7 portera sur la majoration des redressements dus par l'employeur en cas de constat d'un travail dissimulé.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier est assez complexe à mesurer, car son évaluation implique de pouvoir mesurer la part des redressements concernée par ces majorations d'une part, et la part de ces majorations susceptible d'être effectivement recouvrée. Il faut également prendre en considération le délai de la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions et le délai moyen de recouvrement des redressements suite à contrôle.

S'agissant de l'élargissement des modalités d'exploitation des procès-verbaux de travail dissimulé transmis, l'impact financier semble assez limité mais est en tout état de cause positif : la capacité de pouvoir adapter le mode de chiffrage des cotisations éludées aux enjeux du dossier en l'absence du contrôle sur place, est un facteur d'amélioration de la productivité des actions de lutte contre la fraude.

Compte tenu de ces contraintes, l'impact financier sera très faible en 2013, puis croissant entre 2014 et 2016.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
		NS	5	10	15

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Ces mesures contribuent à garantir des règles de saine concurrence entre les entreprises.

b) impacts sociaux

En renforçant le caractère dissuasif et répressif de la lutte contre les fraudes aux cotisations, ces mesures contribuent au respect des droits des salariés.

c) impacts sur l'environnement

Aucun.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques, employeurs et cotisants

Ces mesures seront mises en œuvre à l'égard d'une minorité des cotisants contrôlés, puisqu'elles sont réservées aux situations de constat d'une fraude avérée.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Ces mesures seront mises en œuvre par les organismes de sécurité sociale en charge du recouvrement (Urssaf, CGSS, MSA, RSI).

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Ces mesures nécessitent une importante évolution du système d'information, car l'ensemble du processus de recouvrement est impacté, du contrôle à la gestion des recours, en passant par la codification comptable des débits et le contenu de la mise en demeure.

d) impact budgétaire

Peu significatif. La mesure sera gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un important travail d'adaptation des textes réglementaires devra être mené à bien car ces nouvelles dispositions ont un impact sur la procédure de contrôle (cf. article R. 243-59 et suivants du CSS) ainsi que sur les modalités de gestion des majorations (cf. articles R. 243-18 et suivants du CSS), sans compter les adaptations spécifiques au régime agricole dans le code rural et de la pêche maritime.

Les textes d'application devraient être publiés au cours du 1er semestre 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Compte tenu des délais de publication des textes d'application et de diffusion d'instructions aux organismes et aux corps de contrôle, des adaptations du système d'information à mettre en œuvre, ainsi que de la nécessité d'assurer une information préalable des cotisants et de modifier le contenu de la charte du cotisant contrôlé, il est envisagé une mise en œuvre pratique de la mesure à compter du 1er janvier 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non. Il sera demandé à l'ACOSS et à la CCMSA d'intégrer le suivi de cette mesure dans leurs bilans de lutte contre la fraude transmis chaque année à l'Etat aux termes de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 242-1-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 242-1-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens de l'article L. 324-10 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.	Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens **des articles L. 8221-3 et L. 8221-5** du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie **à l'article L. 3232-3** du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.
Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précédent.	~~Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précédent.~~
Les modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont précisées par	Les modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont précisées par

décret en Conseil d'Etat.	décret en Conseil d'Etat.
	Article L. 243-7-5 nouveau **du code de la sécurité sociale**
	Les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 peuvent procéder au redressement des cotisations et contributions dues sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis par les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail. Ces organismes, ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 611-8, mettent en recouvrement ces cotisations et contributions.
	Article L. 243-7-6 nouveau **du code de la sécurité sociale**
	Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 est majoré de 10% en cas de constat d'absence de mise en conformité. Un tel constat est dressé lorsque l'employeur n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non. **Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assurée le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.**
	Article L. 243-7-7 nouveau **du code de la sécurité sociale**
	Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l' article L. 243-7 ou dans le cadre des dispositions de l'article L. 243-7-5 est majoré de 25% en cas de constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail. **Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assurée le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.**
Article L. 725-3-2 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 725-3-2 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
L'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux cotisations et contributions sociales ainsi qu'aux majorations et pénalités dues par les employeurs de salariés agricoles à la suite du constat de l'infraction de travail dissimulé	L'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux cotisations et contributions sociales ainsi qu'aux majorations et pénalités dues par les employeurs de salariés agricoles à la suite du constat de l'infraction de travail dissimulé **L'article L. 243-7-5 du code de la sécurité**

	sociale est applicable aux régimes de protection sociale agricole sous réserve de remplacer la référence aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale par la référence à l'article L. 723-3 du présent code.
	Article L. 725-22-1 nouveau **du code rural et de la pêche maritime**
	Les articles L. 243-7-6 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale sont applicables aux régimes de protection sociale agricole sous réserve de remplacer la référence à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale par la référence à l'article L. 724-7 du présent code. **Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.**
Article L. 741-10 actuel **du code rural et de la pêche maritime**	**Article L. 741-10 modifié** **du code rural et de la pêche maritime**
Entrent dans l'assiette pour le calcul des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles les rémunérations au sens des dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, sous les seules réserves mentionnées dans la présente section. Pour les jeunes agriculteurs effectuant un stage d'application dans le cadre de la politique d'installation prévue à l'article L. 330-1 et auquel est subordonné le bénéfice des aides de l'Etat à l'installation en agriculture, l'assiette des cotisations est constituée par les sommes versées au stagiaire par l'exploitant maître de stage, déduction faite des frais de transport, de nourriture et de logement réellement engagés par le stagiaire ou imputés par l'exploitant sur la rémunération du stagiaire. Pour l'application de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale aux rémunérations versées ou dues à des salariés agricoles, la référence aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence à l'article L. 723-3 du présent code. Pour l'application de l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, la référence aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux 1°, 8° et 9 ° de l'article L. 751-1 du présent code.	Entrent dans l'assiette pour le calcul des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles les rémunérations au sens des dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, sous les seules réserves mentionnées dans la présente section. Pour les jeunes agriculteurs effectuant un stage d'application dans le cadre de la politique d'installation prévue à l'article L. 330-1 et auquel est subordonné le bénéfice des aides de l'Etat à l'installation en agriculture, l'assiette des cotisations est constituée par les sommes versées au stagiaire par l'exploitant maître de stage, déduction faite des frais de transport, de nourriture et de logement réellement engagés par le stagiaire ou imputés par l'exploitant sur la rémunération du stagiaire. ~~Pour l'application de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale aux rémunérations versées ou dues à des salariés agricoles, la référence aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence à l'article L. 723-3 du présent code.~~ Pour l'application de l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, la référence aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux 1°, 8° et 9 ° de l'article L. 751-1 du présent code.

ARTICLE 76

ANNULATION DES EXONERATIONS DES ENTREPRISES DONNEUR D'ORDRE EN CAS DE MANQUEMENT A LEURS OBLIGATIONS EN MATIERE DE PREVENTION DU TRAVAIL DISSIMULE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'évolution des pratiques en matière de contournement de la législation sociale a conduit le législateur à renforcer les obligations en matière de prévention du travail dissimulé des personnes bénéficiaires d'opérations portant sur l'exécution d'un travail, la fourniture d'une prestation de services ou l'accomplissement d'un acte de commerce par une autre personne, pour tout contrat au moins égal à 3 000 €.

Le code du travail précise la portée de ces obligations dites de vigilance et de diligence. L'obligation de vigilance s'exerce à la fois en amont de la signature du contrat et périodiquement, tous les 6 mois, pendant l'exécution de la prestation. Le donneur d'ordre doit s'assurer non seulement que son cocontractant est à jour de ses obligations sociales de fourniture des déclarations et de paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale, mais aussi que l'attestation remise par le cocontractant à cet effet est authentique et en cours de validité. L'obligation de diligence s'exerce uniquement au cours de l'exercice de l'activité et contraint le donneur d'ordre ou le maître d'ouvrage, informé de l'intervention d'un sous-traitant en situation irrégulière, à enjoindre aussitôt à ce dernier de faire cesser sans délai cette situation.

En cas de non-accomplissement de ses obligations en matière de vigilance ou de diligence, le donneur d'ordre, ou le maître d'ouvrage, peut voir sa responsabilité financière mise en jeu. Il est alors tenu solidairement, d'une part au paiement des impôts, taxes, contributions et cotisations obligatoires dues par son sous-traitant au Trésor et aux organismes de protection sociale, et d'autre part, le cas échéant, au remboursement des sommes correspondant aux aides publiques dont il a bénéficié.

L'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, codifié à l'article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale, a ajouté à ce dispositif une nouvelle sanction à l'encontre des donneurs d'ordre dont la complicité avec le sous-traitant a été constatée par procès-verbal de travail dissimulé. Les donneurs d'ordre complices doivent désormais rembourser les exonérations de cotisations et contributions sociales dont ils ont bénéficié sur la période pendant laquelle le travail dissimulé a été constaté.

Cette disposition, si elle s'inscrit dans une démarche tout à fait louable, visant à renforcer la responsabilisation des donneurs d'ordre, a été peu mise en œuvre au plan opérationnel, même si son impact dissuasif ne doit pas être négligé. En effet, la complicité du donneur d'ordre est souvent très difficile à établir par un agent de contrôle au moment de l'établissement du procès-verbal. C'est bien plus souvent lorsque l'enquête judiciaire est engagée, après l'ouverture de poursuites par le parquet, que les responsabilités du donneur d'ordre peuvent être clairement matérialisées, et que peut être mise en évidence son éventuelle complicité, à savoir qu'il a sciemment, par aide ou assistance, facilité la préparation ou l'accomplissement du délit.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

Il est proposé d'étendre le champ d'application du dispositif relatif à la suppression des exonérations de cotisations et contributions sociales, dans la perspective de renforcer les sanctions applicables aux donneurs d'ordre qui n'ont pas rempli leurs obligations sociales.

A cette fin, et par souci de cohérence, il semble opportun de rapprocher ce dispositif de sanction figurant dans le code de la sécurité sociale des dispositions relatives à la mise en œuvre de la

solidarité financière des donneurs d'ordre, décrites aux articles L. 8222-2 et L. 8222-5 du code du travail. Ainsi, en cas de manquement à ses obligations en matière de vigilance et de diligence, et sans qu'il soit nécessaire d'établir sa complicité avec son cocontractant ayant exercé un travail dissimulé, le donneur d'ordre serait tenu de rembourser tout ou partie des exonérations de cotisations et contributions sociales dont il a bénéficié sur la période où le délit de travail dissimulé de son sous-traitant a été constaté, comme il est déjà tenu de rembourser, dans ce type de situation, les sommes correspondant au montant des aides publiques dont il a bénéficié. Cette sanction pourra également être notifiée à l'encontre du maître d'ouvrage qui n'a pas respecté ses obligations en matière de diligence.

Il est néanmoins nécessaire de plafonner le montant de cette sanction administrative, qui doit rester justement proportionnée au manquement constaté, sous peine d'inconstitutionnalité. Il est donc proposer de fixer le plafond de la sanction à hauteur de 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale. Ces montants plafond correspondent au tiers des montants d'amende maximaux prévus en cas de recours sciemment aux services de celui qui exerce un travail dissimulé, infraction dont le caractère de gravité est plus élevé puisqu'elle relève des tribunaux correctionnels.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure s'inscrit dans le cadre du renforcement des actions de lutte contre la fraude. Elle prend place à ce titre dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

Elle aura un impact sur les recettes des régimes obligatoires de sécurité sociale, puisque ce sont les organismes de recouvrement (URSSAF, CGSS, caisses locales de la MSA) qui seront chargés de notifier cette sanction et de procéder à son recouvrement.

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 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 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive…et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen en vigueur.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L. 133-4-5 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 (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer - Saint-Pierre et Miquelon - Saint-Martin et Saint Barthélémy - autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	 Non Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier de la mesure peut être évalué à environ 2 M€, à l'aune du nombre de procédures de mise en œuvre de la solidarité financière déjà effectives au sein du réseau Urssaf (171 en 2010, et 226 en 2011). Mais sa portée sera également dissuasive en ce qu'elle vise à inciter les donneurs d'ordre et maîtres d'ouvrage à accomplir leurs obligations sociales.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	*2013 R*	*2014*	*2015*	*2016*
		1	2	2	2

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Cette mesure contribue à garantir des règles de saine concurrence entre les entreprises.

b) impacts sociaux

En renforçant le caractère dissuasif et répressif de la lutte contre le travail dissimulé, cette mesure contribue au respect des droits des salariés.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques, employeurs et cotisants

Cette sanction vise à responsabiliser les employeurs et cotisants dans le cadre de leurs relations contractuelles avec leurs sous-traitants. Elle a essentiellement une vocation dissuasive, mais devra naturellement être appliquée avec toute la célérité nécessaire dès lors que les conditions de sa mise en œuvre seront réunies.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mise en œuvre de cette mesure incombe aux organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales, à savoir les URSSAF, CGSS et caisses locales de la MSA. Elle pourra être engagée à la fois dans le cadre d'une procédure de contrôle engagée par un inspecteur du recouvrement, et dans le cadre de l'exploitation d'un procès-verbal rédigé par un partenaire (inspecteur ou contrôleur du travail, officier de police judiciaire, agent des impôts et des douanes, etc.).

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

A l'instar de la mise en œuvre de la solidarité financière, l'annulation de l'exonération des cotisations et contributions sociales du donneur d'ordre est un processus assez complexe et lourd en termes de gestion du compte du cotisant (le donneur d'ordre doit refaire ses déclarations pour la période concernée, l'Urssaf les vérifier puis procéder à leur mise en recouvrement). Mais il ne concerne qu'un nombre de situations relativement limité, ce qui permet de limiter l'impact global en gestion. En outre, la mise en œuvre de la mesure ne nécessite qu'une adaptation mineure du système d'information des organismes.

d) impact budgétaire

Non significatif.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un décret simple devra fixer le plafond de la sanction. Il devrait être publié au 1er trimestre 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Mise en œuvre au 1er juillet 2013, après publication du décret d'application, information préalable des cotisants, et diffusion d'instructions aux organismes et aux corps de contrôle.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

La notice relative aux risques du travail dissimulé sera adaptée et les sites www.urssaf.fr et www.msa.fr mis à jour.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Il sera demandé à l'ACOSS et à la CCMSA d'intégrer le suivi de cette mesure dans leurs bilans de lutte contre la fraude transmis chaque année à l'Etat aux termes de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-4-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-4-5 modifié du code de la sécurité sociale**
L'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail entraîne l'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales applicables au titre des rémunérations versées aux salariés employés	**Lorsqu'il est constaté que le donneur d'ordre n'a pas rempli l'une des obligations définies à l' article L. 8222-1 du code du travail et que son cocontractant a, au cours de la même période, exercé un travail dissimulé par**

par le donneur d'ordre pour chacun des mois au cours duquel il est constaté par procès-verbal de travail dissimulé qu'il a participé au délit de travail dissimulé en qualité de complice de son sous-traitant, et ce dès l'établissement du procès-verbal. L'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales s'applique dans les conditions fixées par l'article L. 133-4-2 du présent code.	**dissimulation d'activité ou d'emploi salarié, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés. Le donneur d'ordre ou le maître d'ouvrage encourt la même sanction, dans les mêmes conditions, lorsqu'il est constaté qu'il a manqué à l'obligation mentionnée à l'article L. 8222-5 du code du travail.** **L'annulation s'applique, pour chacun des mois au cours desquels les conditions mentionnées au premier alinéa sont vérifiées. Elle est calculée selon les modalités prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 133-4-2, sans que son montant global puisse excéder 15 000 euros pour une personne physique et 75 000 euros pour une personne morale.** **Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'État.**